

# Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 70

NÚMERO 5-6

Septiembre-Diciembre 1996

---

## EDITORIAL

---

Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. **V Navarro y J Benach. 503**

---

## DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD EN ESPAÑA

---

Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. **V Navarro López y J Benach. 505**

**EDITORIAL****COMISIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD EN ESPAÑA**

**Vicente Navarro López (1) y Joan Benach de Rovira (2).**

(1) Presidente de la Comisión de Desigualdades Sociales de Salud en España.

(2) Vice-presidente de la Comisión de Desigualdades en Salud en España.

En 1977 el gobierno británico nombró una comisión de estudio de las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña, dirigida por Sir Douglas Black, cuyo informe final tuvo gran impacto tanto en Gran Bretaña como en el mundo occidental desarrollado. Era la primera vez que un gobierno occidental documentaba de una manera detallada la evolución de las desigualdades sociales en salud entre su población. Estimulados por el ejemplo de lo que ha pasado a llamarse el Black Report, otros gobiernos han nombrado comisiones semejantes que han estudiado y elaborado informes de la evolución de las desigualdades sociales en sus países, contribuyendo así al desarrollo de la convicción generalizada de que la reproducción, ampliación o disminución de las desigualdades sociales tienen un impacto muy importante en la salud de la población. Como respuesta a esta inquietud, la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud, ha señalado como un objetivo prioritario la disminución de las desigualdades sociales en salud entre y dentro de los países de la región europea.

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español nombró una Comisión Científica para estudiar las desigualdades sociales en salud en España, dándole la responsabilidad de documentar y analizar las desigualdades sociales en salud, invitándole a realizar recomendaciones de cómo mejorar la salud de los españoles a través de políticas públicas que disminuyan las desigualdades sociales en salud. El objetivo explícito de la Comisión era realizar un estudio semejante al que en su día realizó la Comisión Black en la Gran Bretaña.

Esta Comisión Científica de Estudio de las Desigualdades Sociales en salud ha sido patrocini-

nada por el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español, (y muy en particular por la Dirección General de Aseguramiento y Planificación, y por la Escuela Nacional de Sanidad del Ministerio) y por The School of Hygiene and Public Health de la The Johns Hopkins University de Estados Unidos, centro internacional reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los centros de estudios de salud pública en desigualdades adscrito a aquella institución. La Comisión contó a su vez con la colaboración de muchos centros e instituciones nacionales e internacionales, las cuales prestaron una ayuda inestimable a los trabajos de la Comisión.

Desde el principio, la Comisión tomó el Black Report como su punto de referencia intelectual más importante, intentando realizar un informe semejante aunque adaptado a la realidad española. De ahí que la Comisión siguiera una metodología y estructura de trabajo semejante a la Comisión que dirigió Douglas Black. La Comisión se constituyó con el establecimiento de cuatro subcomisiones que actuaron como grupos de trabajo abordando cada uno de ellos los distintos trabajos de la Comisión y produciendo la información científica que se presenta en el informe. Estos cuatro grupos de trabajo contaron a su vez con la colaboración de muchos otros investigadores expertos en las distintas dimensiones abordadas por el informe. Estos grupos de Trabajo y colaboradores incluyeron a profesionales bien conocidos nacional e internacionalmente, estudiosos de los temas tratados por la Comisión Científica. La introducción del informe menciona a los miembros de la comisión y sus grupos de trabajo, así como a los colaboradores de la Comisión.

El informe final sigue también una estructura semejante al informe Black, con un capítulo introductorio en el que se señala la importancia del estudio sobre las desigualdades, seguido de un capítulo conceptual, donde la Comisión define los conceptos utilizados en el informe y su dimensión operativa. En el tercer y cuarto capítulos se analizan los estudios realizados a nivel internacional (capítulo III) y en España (capítulo IV) sobre las desigualdades sociales en salud, como introducción a los estudios empíricos realizados que documentan las desigualdades sociales en salud y que son presentados en el capítulo quinto. Ese mismo capítulo incluye el primer estudio ecológico sobre desigualdades sociales en salud realizado en España a nivel de áreas geográficas pequeñas en la totalidad del territorio español, así como el primer estudio sobre desigualdades sociales en salud realizado en España comparando dos encuestas nacionales de salud (1987 y 1993) según su clase social ocupacional. El sexto y último capítulo del informe presenta ejemplos de cómo mejorar la salud de la población a través de políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales. La Comisión escogió, de una manera deliberada, dos ejemplos con distintos niveles de gobierno, en el ámbito autonómico (País Vasco) y el municipal (Barcelona), regidos por opciones políticas distintas pero que comparten una sensibilidad social semejante. La Comisión quiso mostrar que la reducción de las desigualdades sociales no puede y/o debe considerarse como patrimonio de opciones políticas concretas, sino que debiera ser una característica de todas las fuerzas políticas y sociales democráticas el considerar la disminución de las desigualdades sociales en salud como tema prioritario en el proyecto democrático español.

Cabe por último hacer dos últimas observaciones en esta presentación del informe de la Comisión sobre Desigualdades Sociales en España. La primera es que, aunque el informe ha sido claramente inspirado por el informe Black y su metodología y estructura de trabajo han sido semejantes, la Comisión ha modificado sustancialmente ambos aspectos, enriqueciendo la metodología y estructura del informe Black mediante la experiencia nacional e internacional acumulada desde que éste fue publicado. La otra observación es que, tanto el informe como los trabajos que lo enriquecieron, han sido un trabajo

auténticamente colectivo, realizado por los miembros de la Comisión científica citado en la introducción del informe. Ahora bien, el redactado final así como las conclusiones y recomendaciones son el trabajo exclusivo de la Presidencia de la Comisión, quien toma plena responsabilidad científica y pública de su contenido final. La única y exclusiva motivación de la comisión ha sido la de informar al pueblo español y a sus representantes y gobernantes tanto a nivel estatal como autonómico y municipal, de la situación de las desigualdades sociales de salud en España, con recomendaciones hechas por su Presidente de cómo mejorar la situación, optimizando la salud de nuestra población, con la cual nos sentimos emocional y científicamente comprometidos.

Quisiéramos, por último, agradecer al Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español, a la Dirección General de Aseguramiento y Planificación de dicho Ministerio (y muy en especial a Javier Elola y Francisco Sevilla que la dirigieron durante el período 1994-1996), a la Dirección de la Escuela Nacional de Sanidad del mismo Ministerio (y muy en particular a José Manuel Freire, José Ramón Repullo y José M<sup>a</sup> Martín Moreno que la dirigieron durante el mismo período), a la Decanatura de la School of Hygiene and Public Health de la The Johns Hopkins University (y especialmente a su «senior dean» Dr. Alfred Sommer) por el estímulo y apoyo ofrecido a la Comisión. Las facilidades ofrecidas por estas personalidades y las instituciones que ellas representan, así como otras, han sido de enorme valía para el desarrollo del trabajo de la Comisión y sus grupos de trabajo. Es importante subrayar, sin embargo, que tanto los trabajos como el informe final de la Comisión han sido realizados independientemente de estas instituciones. En este aspecto la Comisión ha tenido plena autonomía e independencia en el transcurso de su trabajo, circunstancia que debe subrayarse en una labor científica de esta envergadura.

Terminamos con el deseo de que este informe contribuya a conocer mejor las desigualdades sociales de salud en España así como el desarrollo de políticas sanitarias que contribuyan a su reducción, y por lo tanto, a la mejora de la salud del pueblo español.

**COLABORACIÓN ESPECIAL****DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD EN ESPAÑA****Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España****Vicente Navarro López y Juan Benach de Rovira.****Patrocinado por:**

- \* Dirección General de Aseguramiento y Planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- \* Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- \* School of Hygiene and Public Health. The Johns Hopkins University. Estados Unidos.

**RESUMEN**

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español nombró una Comisión Científica para que analizara las desigualdades sociales en salud en España, así como hacer recomendaciones de cómo mejorar la salud de los españoles a través de la puesta en práctica de políticas públicas que disminuyeran las desigualdades existentes.

El informe que aquí se presenta es el resultado de los trabajos de dicha Comisión. Sus objetivos son los siguientes: primero, ser una introducción general al tema de las desigualdades sociales en salud; segundo, ofrecer una visión global del tema a partir de la elaboración de la información disponible; finalmente, estimular en los planos científico y social, la necesidad de profundizar en el estudio y la reducción de las desigualdades sociales en salud, aportando ejemplos de cómo la misma puede realizarse.

En el primer capítulo se señala la importancia del tema y se sitúa a España en el contexto histórico y geográfico internacional. En el segundo se plantean los aspectos conceptuales más importantes relativos a la definición y a la medición de la salud y la desigualdad. En los capítulos tercero y cuarto, se revisan varios estudios internacionales y nacionales de especial relevancia añadiéndose, en el caso español, las limitaciones actuales en la investigación. En el capítulo quinto se presentan dos investigaciones originales referentes a cuatro dimensiones de las desigualdades sociales en salud en España: la mortalidad, la salud percibida, las conductas asociadas a la salud, y el uso y acceso de servicios sanitarios. En el capítulo sexto, se comentan algunos ejemplos de políticas dirigidas a reducir las desigualdades en salud. Finalmente, en el capítulo séptimo se resumen las principales conclusiones del informe y se proponen aquellas recomendaciones que permitan mejorar tanto los sistemas de información actuales, como extraer las principales conclusiones para las políticas sanitarias.

Entre las principales conclusiones del trabajo destacan las siguientes: 1) un estudio ecológico sobre desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en 1990-1992 ha permitido mostrar la existencia de desigualdades a nivel de áreas pequeñas, Comunidades Autónomas y regiones. Se confirma la desigualdad entre la España del norte-noreste (nivel alto) y la España del sur-suroeste (nivel bajo) observándose, además, una asociación positiva entre diversos indicadores sociales y

**SUMMARY****Social inequalities in health in Spain  
Rapport of the scientific  
Studying Commission for Social  
Inequalities in Health in Spain**

In 1993 the Ministry of Health of the Spanish Government appointed a Scientific Commission to analyze social inequalities in health in Spain, as well as to make recommendations for improving Spanish health, through the practical implementation of public policies to reduce existing inequalities.

The present report is the result of the work carried out by the said Commission. It has the following aims: first, to present a general introduction to the topic of social inequalities in health; second, to offer a global vision of the topic in Spain based upon the editing of available information; finally, to encourage the need for an in-depth analysis of the study and the reduction in social inequalities in health in the scientific and social fields, offering illustrative examples.

The first chapter points out the importance of the topic, and Spain is located in the international historical and geographical context. The second chapter presents the most important concepts regarding the definition and measurement of health and inequality. The third and fourth chapters review various international and national studies of particular importance, and the Spanish case includes the current limitations to research. The fifth chapter presents two original investigations on the four perspectives of social inequalities in health in Spain: death rate, noticeable health, conducts related to health and the use and access to health services. Chapter six comments on some examples of policies aimed at reducing inequalities in health. Finally, the seventh chapter summarises the main conclusions of the report and makes some recommendations both for the improvement of current information systems as well as for obtaining the main conclusions for the health policies.

Amongst the report's main conclusions the following may be pointed out: 1) an ecological study on the social inequalities in the death rate of small areas between 1990-1992 has revealed the existence of inequalities at a small area level, Autonomous Communities and regions. Inequality is confirmed between North-Northwestern Spain (with a high level)

la mortalidad; 2) el análisis de las encuestas de salud de 1987 y 1993 por clase social ha mostrado la existencia de desigualdades en salud. Así, en la mayoría de las variables de salud estudiadas sobre el estado de salud, las conductas relacionadas con la salud o los servicios sanitarios, las clases sociales más desfavorecidas presentan mayores problemas de salud; 3) las experiencias políticas sociales y sanitarias realizadas en Euskadi y en Barcelona respectivamente, dirigidas a mejorar las condiciones de vida, bienestar social y salud de los sectores más vulnerables de la población han resultado positivas y merecen ser ampliadas y profundizadas; 4) el estudio y la reducción de las desigualdades sociales en salud mediante la puesta en marcha de políticas sociales y sanitarias públicas debería ser un objetivo fundamental de todas las fuerzas políticas y sociales.

**Palabras clave:** Desigualdad. Mortalidad. Morbilidad. Privación Material. Políticas sociales. Salud percibida. Estudio ecológico. Áreas pequeñas. Clase social. España.

and South-Southwestern Spain (with a low level). Likewise, a positive relationship may be observed between various social indicators and the death rate; 2) the analysis of health surveys for 1987 and 1993 according to social class has revealed the existence of inequalities in health. Thus, in most of the health variables studied regarding the state of health—the conducts related to health or health services—the most disadvantaged social classes present greater health problems; 3) the political social and health experiences carried out in the Basque Country and Barcelona respectively, aimed at improving living standards, social welfare and the health of the most vulnerable sectors of the population have been positive and should be expanded and studied in depth; 4) the study and decrease of social inequalities in health by putting into practice social and health public policies should be a main objective of all political and social forces.

**Key words:** Inequalities. Morbidity. Mortality. Material Privation. Social Policies. Self-perceived Health. Ecology Studies. Small Areas. Social Class. Spain.

## 1. LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD: UN PROGRESO DESIGUAL

### 1.1. El desarrollo socioeconómico y su impacto en la mortalidad

Nunca a lo largo de la historia las poblaciones humanas han vivido tantos años como en la actualidad. La esperanza de vida al nacer, es decir, el número de años que vive como promedio una persona, ha aumentado espectacularmente a lo largo de este siglo (y muy en particular durante su segunda mitad) en la gran mayoría de países del mundo, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados. Entre los primeros, la esperanza de vida ha pasado de ser 40 años en 1950 a 63 años en 1993, mientras que en los segundos, la esperanza de vida se ha incrementado de 67 años a 78 durante el mismo período.

Esta mejora tan notable en el aumento de los años de vida se debe al descenso espectacular de la mortalidad, y muy en particular de la mortalidad de los niños, que constituyen uno de los grupos más vulnerables de la población. En sólo cuatro décadas, por ejemplo, el número de niños que mueren en los países en desarrollo antes de cumplir los cinco años de edad se ha reducido a casi la tercera parte. En Malí y Mozambique, dos de los países más pobres del mundo, las tasas de mortalidad infantil (el número de niños muertos durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos) han descendido de 204 a 161 y de 171 a 149 respectivamente, durante el período

1970-1991. Por su parte, los países desarrollados, con tasas de mortalidad mucho menores, han visto también reducir su mortalidad considerablemente. Los dos países que hoy en día tienen la mortalidad infantil más baja del mundo: Japón y Suecia, vieron reducir sus tasas de mortalidad infantil de 13 a 5 y de 11 a 6 en el mismo período de tiempo (Banco Mundial, 1993). A pesar de que queda mucho por hacer, la humanidad puede estar satisfecha de haber logrado descensos tan notables en la mortalidad, fruto de la mejora en las condiciones de vida de las personas, el desarrollo social y económico, la puesta en práctica de medidas de salud pública y preventivas de gran impacto social y, en menor medida, los avances en los servicios médicos y la atención sanitaria. Estas han sido las causas, por ejemplo, del control de las enfermedades infecciosas, una de las razones más importantes del descenso de la mortalidad infantil. En Inglaterra, uno de los países donde mejor se ha estudiado la evolución histórica de la mortalidad, se ha calculado que tres cuartas partes de la reducción de las tasas de mortalidad ocurridas entre 1848 y 1971 han sido debidas a la disminución de este tipo de enfermedades (McKeown, 1976/1978) como consecuencia del progreso social y las medidas de salud pública. Además, estudios posteriores han señalado la enorme importancia que, en la reducción de las enfermedades infecciosas, juegan factores sociales tales como la mejora de la nutrición, los servicios de saneamiento (aguas y basuras), la educación (sobre todo en la mujer), la extensión de los programas de planificación

familiar, y la atención médica. Cabe también señalar la importancia de las campañas de inmunización y vacunación en enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, o el tétanos, infecciones que han disminuido notablemente gracias a la aparición de vacunas eficaces y baratas. No obstante, el ejemplo más espectacular ha sido el caso de la viruela, una enfermedad que hace unas décadas causaba entre 1,5 y 2 millones de muertos anuales, y que fue erradicada a nivel mundial en el año 1977 (BM, 1993).

### 1.2. La inversión o entolecimiento del proceso de mejora de la salud y las desigualdades sociales

Ahora bien, llegados a este punto conviene hacer dos observaciones de gran importancia. La primera de ellas, es que este progreso es reversible y de hecho se está invirtiendo en varias partes del mundo. Por ejemplo, Uganda, Zambia y Mozambique aumentaron sus tasas de mortalidad infantil durante la década de los años ochenta (UNICEF, 1993), y la OMS ha advertido que su esperanza de vida descenderá en el año 2.000 (OMS, 1995). El retroceso del progreso se ha producido también en países más desarrollados como, por ejemplo, en varios países del Este de Europa, donde en las dos últimas décadas la esperanza de vida de la población masculina ha disminuido. Hungría, por ejemplo, ha visto reducir su esperanza de vida entre los varones de 66,8 años en 1972 a sólo 65 en 1991, debido sobre todo al aumento de las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas en el grupo de edad de 40 a 44 años (WHO, 1994).

En otros países, aun cuando no se ha producido una marcha atrás en el progreso, la tasa de reducción de la mortalidad ha disminuido. Así, en países como Estados Unidos o Gran Bretaña, se han deteriorado las condiciones de vida de los grupos más vulnerables de la población como los niños, los adolescentes y los ancianos, lo que ha afectado no sólo a la mortalidad sino también a la calidad de vida y a la salud de la población (UNICEF, 1993). La salud infantil, por ejemplo, medida a partir de cuatro indicadores: la mortalidad infantil, el gasto público en educación, los suicidios de los adolescentes y la distribución de la renta disponible, se deterioró en ambos países durante la década de los años ochenta (UNICEF, 1993).

La disminución del progreso en los indicadores de mortalidad y salud, o incluso su retroceso en algunos casos, se debe en parte, al aumento de las desigualdades sociales existente tanto a nivel internacional como nacional. Esta segunda observación tiene una enorme relevancia. El impacto social y la variabilidad de las desigualdades debe ser actualmente motivo de gran preocupación. Hoy en día podemos ir en un vuelo de pocas horas de Japón a Uganda, viajando así entre dos países con una diferencia en la esperanza de vida al nacer de nada menos que 37 años (OMS, 1995).

La situación es aún peor si cabe, si pensamos que Uganda, cuya esperanza de vida al nacer (42 años) ya fue superada hace un siglo por Estados Unidos o Inglaterra, ve reducir su esperanza de vida mientras que en Estados Unidos, Inglaterra o Japón por ejemplo, ésta continúa mejorando. Las desigualdades sociales a nivel internacional conllevan desigualdades muy notables en la mortalidad y en la calidad de vida. Las enormes desigualdades en mortalidad se deben, sobre todo, a la muy desigual distribución de las enfermedades infecciosas y parasitarias a nivel mundial. De hecho, éstas representan casi un tercio de todas las causas de muerte en el mundo, y llegan a superar la suma conjunta de las muertes producidas por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Actualmente, en los países en desarrollo mueren de infección y malnutrición más de 12 millones de niños cada año, (el equivalente al número de muertos ocasionado por 22 bombas de Hiroshima al año), debido en buena parte a la existencia de 1.800 millones de episodios de una enfermedad, la diarrea infantil, que es muy fácilmente prevenible y curable (BM, 1993; OMS, 1995). Y tampoco podemos olvidar la muy desigual distribución de la inmunización del sarampión, calificada por la UNICEF como la intervención médica aislada más importante para proteger a la infancia contra la desnutrición y las enfermedades. Pues bien, en 1991 el porcentaje de niños de un año de edad vacunados del sarampión era de apenas el 17% en Etiopía, comparado con el 95% en Suecia (UNICEF, 1993). Pero aunque desde el punto de vista científico, estas situaciones sean fáciles de resolver, no ocurre lo mismo en el plano político. Los problemas de salud pública de mayor importancia hoy en el mundo son de fácil solución científica y técnica, pero de difícil solución política en el contexto de las relaciones de poder hoy existentes tanto a nivel internacional como nacional (Navarro, 1986; Turshen, 1989).

Es importante también observar que aunque con frecuencia se habla sobre las desigualdades entre los países, menos se dice y escribe sobre la existencia e incluso incremento de las desigualdades dentro de los propios países, que a menudo se hallan más acentuadas entre los países menos desarrollados. Por ejemplo, en la India, en el año 1988, la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de un año de edad en el estado de Uttar Pradesh fue más de cuatro veces superior a la misma tasa en el estado de Kerala (UNICEF, 1993). En Bangladesh, uno de los países más pobres del mundo, con una de las tasas de mortalidad infantil más altas (17 veces superior a la de Suecia en 1991), la tasa de mortalidad infantil entre los pobres de las zonas urbanas fue casi el doble de la tasa media de las ciudades (BM, 1993).

Las desigualdades existen también en los países desarrollados. En todos los países de la OCDE, por ejemplo, las tasas de mortalidad de las clases sociales menos aventajadas son más altas que las de las clases mejor situadas social y económicamente, tanto en los varones como en las mujeres, aunque existen grandes variaciones entre los países. En Gran Bretaña, el país en el que se han realizado el mayor número de investigaciones sobre desigualdades en salud, la esperanza de vida al nacer de la clase social más aventajada (Clase I) es siete años mayor a la de la clase trabajadora (Clase V). La inmensa mayoría de causas de muerte ocurren con mayor frecuencia entre las clases sociales más desaventajadas (Clases IV y V). En el caso de los varones, este hecho ocurre en 62 ocasiones de un total de 66 causas, en el caso de las mujeres en 64 sobre 70 (The Health of the Nation, 1995). De hecho, se ha calculado que si las clases más desfavorecidas (incluyendo tanto a la clase trabajadora cualificada como a la no cualificada) tuvieran la misma mortalidad que las clases más aventajadas, se podrían evitar 42.000 muertes en el grupo de la población de 16 a 74 años (Benzeval, Judge y Whitehead, 1995).

Es importante señalar cómo, hasta el momento, sólo raramente se han incluido entre las intervenciones salubristas para mejorar la salud de la población medidas destinadas a reducir las desigualdades en salud cuando, de hecho, estas intervenciones están entre las más eficaces para mejorar la salud y calidad de vida de la mayoría de la población. Esta situación, sin embargo, está cambiando.

### 1.3. Interés e importancia de estudiar las desigualdades sociales

En las últimas décadas hemos visto nacer a nivel internacional un gran interés en entender, analizar y prevenir las desigualdades sociales y su impacto en las condiciones sociales de la población. En este sentido, en congresos y conferencias internacionales, como la «Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Social» celebrada en 1995 en Copenhague, este tema ha recibido una notable atención. Este interés crece también entre la comunidad científica, los gobiernos y las organizaciones internacionales. Así, tanto en los trabajos científicos, como en la reflexión de tipo ético, o en los programas de distintas organizaciones sanitarias, la descripción, análisis y puesta en práctica de políticas sanitarias correctoras de desigualdades han sido calificadas como temas de salud pública de gran relevancia. Ello se debe, al menos, a cuatro razones. En primer lugar, a los juicios o valores éticos que consideran una exigencia sanitaria y social conocer y reducir las desigualdades sanitarias que muchas personas creen injustas y evitables. Segundo, a la estrategia de salud pública que pretende eliminar o reducir, en los grupos de la población más necesitados, problemas de salud prevenibles y evitables. En efecto, una de las estrategias de Salud Pública más conocidas tiene como objetivo actuar sobre problemas de salud evitables que afectan a grupos con un riesgo más elevado. En tercer lugar, a causa de las razones económicas, basadas en la idea de minimizar el despilfarro de recursos productivos y maximizar la actividad económica. En este sentido, las desigualdades en salud de los grupos más desfavorecidos representan una pérdida social y económica de recursos humanos: muertes prematuras, enfermedades evitables y alto costo de servicios socio-sanitarios. Finalmente, hallamos razones de tipo indirecto, de «prestigio» o «autoridad», que insisten en la importancia de este tema. Por un lado, desde hace casi dos décadas un buen número de científicos interesados en el estudio de las desigualdades en salud, han señalado la enorme importancia tanto de conocer las desigualdades, como de actuar en su reducción. Por ejemplo, uno de los objetivos más importantes de la Oficina Europea de la OMS, aceptado por todos los países europeos, ha sido el de disminuir las desigualdades en salud. Así, si ya en 1979 la Organización Mundial de la Salud recomendó la necesidad de reducir en un 25% las diferencias en el estado de salud entre los

países y los grupos sociales de cada país (OMS, 1979), en su reciente informe sobre la salud del mundo, la misma organización ha insistido no sólo en la necesidad de lograr «más salud», sino de obtener «más salud para todos» (OMS, 1995).

No obstante, aunque en el plano teórico el ideal de la igualdad de oportunidades para todos se ha extendido a amplios sectores de la sociedad (las legislaciones, los programas de grupos sociales o partidos políticos, o las propias ideas de los ciudadanos), ese principio se contradice frecuentemente con la existencia real de desigualdades sociales en el nivel de renta, estatus social o salud. De hecho, en muchos casos las desigualdades en salud son el reflejo de las desigualdades de la sociedad. Para plantear políticas de salud racionales y solidarias, que integren los conocimientos técnicos con valores sociales como la igualdad, deben seguirse tres pasos lógicos e imprescindibles: primero, hacer un diagnóstico lo más detallado posible de las desigualdades sanitarias de la población y sus causas; segundo, plantear políticas de salud específicas que permitan reducir las desigualdades más importantes y de solución más factible; y tercero, realizar su evaluación y seguimiento.

#### 1.4. La situación en España

España es, desde el punto de vista económico, un país relativamente pobre entre los países más desarrollados del mundo. Así, en la gran mayoría de publicaciones internacionales, España aparece entre los últimos en la lista de los países más ricos, ocupando en 1991 el puesto 19 en cuanto al Producto Nacional Bruto per cápita (BM, 1993). Ahora bien, la riqueza y el bienestar de un país no pueden medirse únicamente en términos económicos. Desde el punto de vista del desarrollo social, España tiene unos indicadores de salud relativamente buenos, entre los que destacan indicadores tan importantes como la esperanza de vida al nacer o la mortalidad infantil. Así, entre los países de la OCDE, España se sitúa en el caso de la esperanza de vida y en la mortalidad infantil en el quinto lugar.

Sin embargo, tanto la mortalidad global como la correspondiente a distintas causas de mortalidad muestran claras diferencias en el ámbito regional. Por lo que respecta a otro tipo de desigualdades, la información es limitada. De hecho, a pesar del progreso alcanzado en nuestro país en

los últimos años, los estudios sobre desigualdades en salud son aún escasos. En este sentido, en 1993 el primer informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) señaló en su conclusión número 22: «A pesar de que la reducción de las desigualdades en salud constituye el primer objetivo de la política de salud para Europa de la OMS, en España existen muy pocos estudios sobre este tema y no se ha establecido ningún sistema de monitorización que permita valorar tendencias» (SESPAS, 1993). Aunque el mismo informe destacó la importancia de los estudios realizados en varias ciudades españolas, éstos y otros importantes trabajos publicados recientemente (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1994; Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1995; Regidor, Gutiérrez-Fisac, Rodríguez, et al., 1995) no han podido ofrecer, para el conjunto de España, una visión global de las desigualdades sociales en salud (mortalidad, morbilidad, y uso y acceso a los servicios sanitarios), de sus posibles explicaciones, y de las políticas de reducción de las mismas.

Ello se debe tanto a la aún corta tradición de estudio en este campo, como a tres limitaciones específicas de nuestro medio: por un lado, que las fuentes de información disponibles para el estudio de las desigualdades sociales en salud son aún escasas y limitadas; por otro, al hecho de que muchos de los estudios realizados se hallan dispersos y son difícilmente accesibles; y finalmente, que los conocimientos sobre las intervenciones para reducir las desigualdades en salud son aún insuficientes.

#### 1.5. Objetivos del informe

El presente informe tiene tres objetivos principales: en primer lugar, ser una introducción general al tema de las desigualdades sociales en salud; segundo, ofrecer una visión global del tema en España a partir de la elaboración de la información actualmente disponible; y finalmente, estimular tanto en el plano científico como en el social, la necesidad de profundizar en el estudio y la reducción de las desigualdades sociales en salud, aportando ejemplos de cómo tal reducción puede realizarse.

En el capítulo segundo, se plantean los aspectos conceptuales más importantes relativos a

la definición y a la medición de la salud y la desigualdad. En los capítulos tercero y cuarto, se revisan varios estudios internacionales y nacionales de especial relevancia añadiéndose, en el caso español, las limitaciones actuales en la investigación. En el capítulo quinto se presentan dos investigaciones originales referentes a cuatro dimensiones de las desigualdades sociales en salud en España: la mortalidad, la salud percibida, las conductas asociadas a la salud, y el uso y acceso de servicios sanitarios. En el capítulo sexto, se comentan algunos ejemplos de políticas dirigidas a reducir las desigualdades en salud. Finalmente, en el capítulo séptimo se resumen las principales conclusiones del informe y se proponen aquellas recomendaciones que permitan mejorar tanto los sistemas de información actuales, como extraer las principales conclusiones para las políticas sanitarias.

## **2. SALUD Y DESIGUALDAD: DE LA DEFINICIÓN A LA MEDICIÓN**

### **2.1. La definición de la salud y la enfermedad**

A principios de este siglo, las enfermedades eran consideradas como un desequilibrio entre las piezas del cuerpo, concebido como una máquina humana, causado por agentes bacterianos a los que más tarde se añadieron los virus y distintas sustancias tóxicas. Por ello, el principal medio de investigación era el microscopio y las especialidades médicas fueron establecidas siguiendo las distintas «piezas» o componentes de un cuerpo conceptualizado como una máquina, llamándose así, neurología, cardiología, urología, etc (Sigerist, 1951; Navarro, 1978). Fue más adelante cuando, respondiendo a la conciencia y sensibilidad social aparecidas tras la segunda guerra mundial, la OMS amplió esta concepción definiendo la salud como un estado que iba mucho más lejos que la caracterización de salud como ausencia de enfermedad. Se definió entonces salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo como de la colectividad. Se rompía así con una concepción mecanicista y meramente biológica de lo que es salud.

Ahora bien, esta definición de la OMS, aunque muy avanzada presenta dos problemas: uno es de tipo cuantitativo y metodológico debido a la dificultad de cuantificar bienestar. De ahí que con

gran frecuencia se continúen utilizando indicadores de enfermedad como indicadores indirectos de falta de salud. Entre ellos, la forma más frecuentemente utilizada de estudiar la salud de la población ha sido estudiando la mortalidad, la cual se ha presentado como el polo opuesto de la salud. En el primer capítulo de este informe, por ejemplo, hemos utilizado la mortalidad como indicador de carencia de salud, en parte debido a que se trata de un fenómeno fácil de medir, registrar y analizar. En Gran Bretaña, por ejemplo, la existencia de registros de mortalidad desde el siglo XVI, permitió que John Graunt realizara el primer análisis de mortalidad en una población en 1662. La segunda razón de escoger la mortalidad es que permite realizar comparaciones de tipo histórico entre y dentro de los países. La muerte es un fenómeno que, aunque encierra una gran variabilidad de interpretaciones y percepciones, tiene por otra parte una uniformidad transnacional. Para cualquier persona, pueblo o nación, la muerte es el final de la vida.

Pero el otro problema que la definición de la OMS presenta es el cuestionable supuesto de asumir que exista un consenso universal en la definición de lo que es salud y enfermedad. En la historia de la medicina existen múltiples casos que muestran la gran variabilidad de lo que significan la salud y la enfermedad, tanto entre distintos países, en distintas etapas históricas, o entre las distintas culturas y los grupos sociales de un mismo país. Por ejemplo, la silicosis, la enfermedad que aparece primordialmente entre los mineros del carbón, fue reconocida en 1932 como enfermedad en Gran Bretaña, apareciendo desde entonces en los libros de texto de la medicina británica. En cambio, en los Estados Unidos, la silicosis no fue reconocida como enfermedad hasta entrados los años 50 debido, sobre todo, a que el movimiento sindical en Estados Unidos era mucho más débil que el británico y, por lo tanto, tenía menos influencia sobre las instituciones políticas y científicas de aquel país. Más recientemente, hemos visto cómo la homosexualidad ha sido considerada como una enfermedad en algunos países, mientras que en otros, tal condición humana no ha sido considerada como enfermedad, sino como un mero gusto sexual, tan sano y normal como la heterosexualidad. En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, en 1973 la «American Psychiatric Association» eliminó de su manual de psiquiatría a la homosexualidad como un trastorno mental

(Walzer y Numbers, 1985). Ello se debe a la redefinición de la sexualidad en estos países, consecuencia de la influencia de los movimientos feministas y homosexuales sobre las instituciones políticas y científicas. Una definición similar aparece también en las prácticas médicas, redefinidas constantemente no sólo por el avance del conocimiento científico médico, sino también por la evolución del contexto político y social donde aquel conocimiento se produce y reproduce. Así por ejemplo, la práctica del aborto es considerada en algunos países como un acto criminal, en otros (como en España) es un acto justificable en situaciones médicas y sociales definidas, mientras que en otros (como en la mayoría de países de la Unión Europea y en Estados Unidos) es una interrupción del embarazo que responde primordialmente a los deseos de la mujer embarazada dentro de unos plazos y condiciones definidas por las instituciones políticas.

Todos estos ejemplos, entre otros muchos, nos muestran cómo la salud y la enfermedad no son sólo fenómenos biológicos, sino también fenómenos sociales, definidos por el contexto político-social, que dan significado a cada uno de los términos de la definición de la OMS. Por ello, ni el conocimiento biológico en general, ni el genético en particular, constituyen los criterios más adecuados para definir, clasificar o explicar el origen de las enfermedades. De hecho, la salud y la enfermedad no pueden ser definidas como entidades biológicas «neutrales» que podamos aislar de los seres humanos y del resto de la sociedad (Rosen, 1941). Las enfermedades se definen según los valores socio-culturales de científicos, intelectuales, grupos sociales, y la sociedad en su conjunto (Benach, 1995a). En último término, pues, todos estos factores históricos definirán qué procesos serán calificados como normales y cuáles como patológicos (Walzer y Numbers, 1985; Rosenberg y Golden, 1992).

Aceptando entonces este relativismo científico, queremos señalar, sin embargo, que en este informe hemos utilizado definiciones de salud y enfermedad que nos permitieran su cuantificación, mediante el uso de dimensiones de la salud sobre las que existe un gran consenso dentro de la comunidad científica internacional, y que son ampliamente utilizadas en diversos estudios internacionales, a saber: la mortalidad, la morbilidad, la salud percibida, la limitación en la actividad, las conductas relacionadas con la salud, y

el uso y acceso a los servicios sanitarios pero no, en cambio, el grado de bienestar, el confort y el estado de satisfacción que tanto el paciente-usuario como los ciudadanos tienen respecto al sistema sanitario. Conviene acentuar, en este sentido, un importante punto muy relacionado con la evaluación de los sectores sanitarios, sobre el que creemos no se ha hecho suficiente énfasis en nuestro país. En los países caracterizados por poseer un elevada morbilidad crónica, tal como España, la importancia de los servicios sanitarios viene dada, no tanto en cuanto a su función de curar, sino en su función de «tener cuidado de». Por ello, en ese tener «cuidado de», es de gran importancia el grado de confort y satisfacción que el usuario tiene dentro del sistema sanitario, así como la ayuda, apoyo psicológico y confianza que éste debe ofrecer a la ciudadanía en general. En este sentido, además de indicadores de salud como la mortalidad y la morbilidad, es fundamental tener en cuenta, siempre que sea posible, la percepción subjetiva del ciudadano y del usuario sobre su propia salud, así como su grado de confort, satisfacción y bienestar.

## 2.2. Las causas de la salud y de la enfermedad

Otra razón por la cual tanto la salud como la enfermedad debieran considerarse como fenómenos no sólo biológicos sino también sociales es su causalidad social. En efecto, la variabilidad social de la salud y la enfermedad se debe no sólo a las distintas manifestaciones de aquellos fenómenos según las clases sociales y otros agentes sociales (como género, raza, etnicidad y otros), sino también a causas distintas que producen y reproducen aquella variabilidad social y las desigualdades sociales. Existe gran evidencia científica de que las causas más importantes de la salud y la enfermedad son de tipo ambiental (bien físico o bien social), genético, de comportamientos personales o de tipo sanitario (servicios preventivos y curativos). Entre ellas, las más importantes para explicar el nivel de salud de la población son las causas sociales, sin que con ellos restemos importancia al resto de causas. Como ha comentado recientemente la Organización Mundial de la Salud: la principal causa de mala salud y sufrimientos del planeta aparece reseñada al final de la Clasificación Internacional de Enfermedades con el código Z589.5: «po-

breza extrema» (OMS, 1995). Para cada uno de este tipo de causas (excepto la genética) existe gran variabilidad dependiendo de la posición que las personas tienen dentro de una estructura definida en términos de clase, género, región y otros hechos. De ahí, que se observe una gran variabilidad y desigualdades sociales en los niveles de salud y enfermedad de la población, dependiendo de la ubicación de la persona dentro de esa estructura que llamamos sociedad. Naturalmente que la sociedad no es sólo estructura sino también proceso, que permite cambiar y modificar aquellas estructuras que reproducen las desigualdades sociales que conllevan a unas desigualdades en las condiciones de salud y enfermedad. De ahí la gran importancia de analizar, medir, definir y cuantificar aquellas desigualdades como condición previa para intervenir y modificarlas.

### 2.3. La existencia de desigualdades en salud

Los seres humanos no enferman o mueren prematuramente de igual manera. Al igual que en cualquier otro aspecto de la vida humana, las variaciones en el modo de vivir y enfermar son la regla y no la excepción. En ese sentido, determinados individuos y poblaciones de distintas áreas geográficas, muestran patrones de salud, enfermedad y acceso a los servicios de atención sanitaria diferentes. Pero, si como dijo William Osler «es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente» (Dubos, 1959/1975), es importante entonces analizar quiénes se benefician más de los avances sociales y sanitarios que han tenido lugar a lo largo de este siglo, y en qué grupos humanos ocurren principalmente las enfermedades y la muerte prematura.

Los distintos grupos sociales están expuestos a factores de riesgo sobre la salud de tipo social, personal o ambiental, así como a servicios de atención sanitaria, muy diferentes según cuál sea su clase social, su edad, su género, su raza, su etnia o su situación geográfica. De este modo, por ejemplo, los desempleados de larga duración, las personas pobres y sin educación, los trabajadores de ocupaciones peligrosas, los emigrantes, o las minorías étnicas de clase social más desfavorecida sufren, en términos de salud, de una doble discriminación: viven menos años y en pe-

ores condiciones de salud (Dahlgren y Whitehead, 1992). Así, su vida es peor tanto en cantidad (medida por ejemplo mediante la esperanza de vida al nacer) como en calidad (medida por ejemplo con el estado de salud percibido). Por otra parte, las zonas geográficas, según cuál sea su tamaño, poseen distintos niveles de homogeneidad interna socioeconómica y cultural, que pueden traducirse en desigualdades espaciales de la salud.

En un caso extremo, un profesional, con trabajo y estudios universitarios, que tiene además apoyo familiar y social, y vive en un barrio acomodado de una ciudad y un país ricos, tendrá una probabilidad mucho más alta de tener un nivel de salud mucho mayor que una mujer emigrante, negra, desempleada, sin educación, sin apoyo social, y que vive en un barrio marginal de una ciudad y un país pobres. En otras palabras, entre ambos existe una clara desigualdad en salud. Las principales razones para estas desigualdades deben buscarse en el medio social en el que viven los individuos. Así, los grupos sociales más desventajados en términos de salud soportan al mismo tiempo una doble discriminación social. Por un lado, ocupan las peores posiciones en relación a condiciones globales «macro» con manifiesta influencia sobre la salud de la colectividad: la disponibilidad de recursos socio-económicos, o el hecho de tener poder en la toma decisiones socio-políticas. Por otro lado, se hallan expuestos a factores de riesgo personal, social o ambiental mayores, y tienen servicios de atención sanitaria de peor calidad.

### 2.4. El concepto de «desigualdades en salud»

Aunque parece pues claro que las desigualdades en salud existen, tenemos que definir ahora lo que entendemos por desigualdad. El concepto de desigualdad es a la vez simple y complejo. Simple, porque a cierto nivel todo el mundo entiende de qué se trata. Complejo, porque se trata de un término de difícil conceptualización que conviene precisar.

Ya en el siglo XVIII, Rousseau señaló la diferencia entre las desigualdades de tipo natural y las de tipo social: «Concibo dos especies de desigualdad en el género humano: una que llamo natural o física, porque está establecida por la naturaleza y consiste en la diferencia de edades, de

salud, fuerzas corporales y cualidades del espíritu o del alma; la otra, que puede llamarse desigualdad moral o política, pues nace de una especie de convención, está establecida o al menos autorizada por el consentimiento de los hombres. Esta última consiste en los diferentes privilegios que algunos hombres disfrutaban en perjuicio de los demás, tal como el de ser más ricos, más honrados, más poderosos que los otros, o también el de hacerse obedecer por ellos.» (Rousseau, 1754/1987).

Modernamente, para referirse a las desigualdades suelen utilizarse distintos términos que, aunque con frecuencia son usados en forma intercambiable según diversas orientaciones ideológicas, no significan lo mismo. Así, si pasamos de un plano «descriptivo» a uno más «valorativo» en el que existe una mayor carga moral o ética, encontramos al menos los siguientes términos: «variaciones», «desequilibrios», «disparidades», «diferencias», «desigualdades», «desigualdades sociales» o «inequidades».

Está claro que los seres humanos tienen semejanzas y diferencias. La bipedestación o el uso del lenguaje son ejemplos de las primeras. Entre las segundas, ya sea en el plano físico (por ejemplo el color de los ojos), en el cultural (por ejemplo los hábitos dietéticos) o en el social (por ejemplo las diferencias de prestigio) las diferencias son enormes. Pero no todas las diferencias pueden ser calificadas de desigualdad.

En los últimos años, se han hecho esfuerzos por clarificar el significado del término «igualdad», hallándose al menos tres tipos distintos (Sen, 1987/1988; Domènech, 1989). En primer lugar, la igualdad como identidad, en la que hablamos de la relación que cada cosa tiene consigo misma y con ninguna otra. Por ejemplo, John Snow es igual a la persona que estudió las epidemias de cólera en Gran Bretaña en el siglo XIX. Segundo, la igualdad descriptiva, en la que describimos las igualdades que dos individuos tienen respecto a algún elemento en común. Por ejemplo, John Snow y William Farr estudiaron por igual las epidemias de cólera ocurridas en Gran Bretaña. Finalmente, la igualdad normativa, es decir, cuando nos hallamos ante una aspiración y no ante la mera descripción de la realidad. Con ella nos referimos a lo que nos gustaría que sucediera o no sucediera en relación a diferencias que consideramos injustas y evitables. Por ejemplo, nos

gustaría que se eliminara del planeta la existencia de 1.000 millones de personas sin la cobertura necesaria en sus necesidades básicas de alimentación, agua potable, vivienda o educación (UNICEF, 1993).

Comúnmente, las desigualdades de tipo descriptivo suelen ser calificadas como «diferencias» o, en ocasiones, como «desigualdades». En cambio, las desigualdades de tipo normativo pueden calificarse como «desigualdades sociales» o «inequidades». Desde este punto de vista, los individuos deberían de ser iguales en algún aspecto que habría que precisar. En el campo de la salud, Whitehead ha conceptualizado recientemente los términos desigualdad («inequality») e inequidad («inequity»). Mientras el primero se limita a constatar la existencia de diferencias o variaciones en salud, la inequidad, en cambio, tiene una dimensión moral y ética. Esta hace referencia a diferencias innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables. En este sentido, para la autora «la equidad en salud implica que idealmente todos deberían tener una oportunidad justa de lograr el pleno desarrollo de su salud, o dicho en forma más pragmática, que nadie debería ser discriminado para obtener ese potencial si puede ser evitado» (Whitehead, 1992).

Por todo ello, es crucial valorar cuáles son los factores determinantes de las desigualdades sanitarias que podemos considerar injustos y evitables. El problema, claro está, es que el juicio acerca de qué situaciones son injustas varía según la cultura, la ideología y los valores sociopolíticos de cada individuo y momento histórico dados. Para algunos autores, las causas principales de los fenómenos de desigualdad y salud deben basarse fundamentalmente en las conductas (Stronks y Gunning-Schepers, 1993). En este sentido, la definición de desigualdad se concretaría a partir del grado en que los individuos realizan una elección libre de las circunstancias que producen o modifican su estado de salud. Así, Stronks y Gunning-Schepers han planteado tres posibilidades: primero, cuando los determinantes de las diferencias en salud son fruto de la libre elección individual hablan de desigualdades aceptables; segundo, si esos determinantes no son fruto de esa elección personal, pero no pueden ser evitados, hablan de desigualdades inevitables; y finalmente, si no existe la elección individual y los determinantes pueden ser evi-

tados, hablan de inequidades. Sin embargo, este enfoque tiene dos problemas: por un lado, en la práctica es casi imposible separar en muchos casos los factores individuales de «libre elección» de los factores del medio social de tipo estructural; por otro, el problema radica en el propio punto de partida, ya que realmente no parece que tres cuartas partes de la humanidad dispongan realmente de la opción de «elegir libremente» en multitud de temas que conciernen a su salud. Según otros autores, el punto de partida debe ser más amplio. A fin de valorar y actuar ante las desigualdades en salud debemos tener en cuenta, además de los factores de riesgo asociados a los hábitos o conductas personales, un conjunto de factores variables e interrelacionados entre sí: los factores asociados a los recursos económicos, del medio físico y social en los cuales la gente vive y trabaja, los factores asociados a la atención sanitaria, y los factores que tienden a hacer que la gente con menos salud se convierta también en la más pobre (Dahlgren y Whitehead, 1992).

## 2.5. La medición de las desigualdades en salud

Definir o describir las desigualdades en salud no es suficiente. Sólo mediante su cuantificación podremos valorar adecuadamente su magnitud, características, y evolución temporal. Para ello, cualquier disciplina científica debe recurrir a dos elementos esenciales: las teorías, que deben guiar tanto la selección de información como los procedimientos de medición, y los métodos, que deben permitir llevar a la práctica en forma rigurosa la cuantificación. En este apartado veremos algunas de las principales características del segundo aspecto.

Dos son las tradiciones de investigación científica utilizadas en el estudio de las desigualdades en salud: por un lado, la que toma como unidad de análisis a los individuos, y por otro, aquella que analiza grupos de población circunscritos con frecuencia a áreas geográficas determinadas (estudios ecológicos) (Townsend, Phillimore y Beattie, 1988). Mediante la primera podemos, por ejemplo, estimar el estado de salud de las distintas clases sociales utilizando una encuesta de salud. En el segundo caso, en cambio, podemos estudiar las desigualdades en mortalidad existentes entre las regiones de un país determinado a

partir de la asociación entre las estadísticas de mortalidad y diversos indicadores sociales.

En cada tipo de investigación deben precisarse tres aspectos metodológicos: en primer lugar, el diseño del estudio, mediante el cual se establece la estructura metodológica y la dimensión temporal de cada investigación; segundo, los indicadores sanitarios y sociales, mediante los cuales pueden concretarse en forma operativa conceptos tan difíciles de definir como la salud o las características de los grupos sociales; y tercero, los métodos de medición, mediante los cuales finalmente cuantificamos las desigualdades en salud.

Atendiendo a su dimensión temporal, en el campo de las desigualdades en salud, los diseños pueden ser clasificados en dos tipos principales: los estudios de tipo transversal, como las encuestas de salud o los estudios ecológicos, en los cuales observamos al mismo tiempo las características sociales y sanitarias que queremos estudiar; y los estudios longitudinales, en los que se sigue la evolución de la salud de una población o cohorte, compuesta por grupos sociales de características distintas, a lo largo del tiempo.

Los indicadores de salud pueden agruparse en las siguientes categorías: en primer lugar, el estado de salud, ya sea medido negativamente según la mortalidad, o bien mediante la morbilidad o la percepción subjetiva de la salud; segundo, los hábitos y conductas relacionados con la salud; finalmente, el uso, acceso y calidad de los distintos servicios sanitarios, incluyendo la satisfacción del usuario. Aunque el número de indicadores empleado es numeroso, entre los más utilizados destacan los siguientes: en relación con la mortalidad, las razones de mortalidad estandarizada y comparativa, la razón de años potenciales de vida perdidos, las tasas específicas por edad y sexo, la esperanza de vida, y la esperanza de vida libre de incapacidad; en cuanto a la morbilidad: la valoración subjetiva del estado de salud, el hecho de padecer enfermedades crónicas o limitaciones en la actividad cotidiana, y el haber sufrido diversas enfermedades de tipo agudo; entre los hábitos y conductas relacionados con la salud más importantes señalemos los hábitos de fumar, beber alcohol, la práctica de ejercicio físico, y el tipo de dieta; finalmente, en cuanto a los servicios sanitarios destacan el número de visitas al médico o al dentista, y los ingresos en el hospital (Borrell, 1995).

Aunque, las variables explicativas de tipo social son muy diversas, y entre ellas deben incluirse, entre otras, tanto la raza como el género o el estado civil (MacIntyre, 1986), las más utilizadas, y únicas que serán tratadas en este informe, pueden clasificarse en dos categorías: por un lado, los indicadores relativos a la clase social de cada individuo, por otro, los indicadores de «privación» material o social, comúnmente usados en los estudios de tipo ecológico.

A pesar de no existir un solo indicador que refleje el concepto de clase social adecuadamente, ésta es la categoría más importante para explicar las desigualdades en salud a nivel individual. Las razones que avalan esta consideración son múltiples. En primer lugar, por su tradición histórica en bastantes países, entre los que destaca sobremanera el caso de la Gran Bretaña. En efecto, los indicadores de clase social son, junto a los indicadores de «privación material», las variables explicativas más usadas en el análisis de las desigualdades sociales en salud (Feinstein, 1993). Segundo, porque al resumir el efecto de distintos factores sociales, la clase social es, independientemente de los indicadores que elijamos, un instrumento muy potente para hallar desigualdades en salud y la detección de gradientes según las clases sociales (Marmot, Kogevinas y Elston, 1991; Hart, 1991). Así, la estructura de clase ha sido citada como el principal determinante de la «ecología de la exposición» a las enfermedades (Johnson y Hall, 1995).

Los indicadores de clase social más utilizados son el tipo de ocupación, el nivel de ingresos y riqueza, el nivel de estudios, y diversos índices sintéticos (Liberatos, Link y Kelsey, 1988). Como sea que cada indicador posee ventajas e inconvenientes, pero ninguno de ellos por sí solo capta completamente todas las características de las clases sociales, el enfoque más adecuado consistiría en obtener el máximo nivel de información disponible de cada uno de ellos.

El tipo de ocupación es, junto con el nivel de estudios, el indicador de clase social más utilizado y con frecuencia ha sido considerado como el más importante en Gran Bretaña, el país con la tradición más larga en el estudio de desigualdades en salud. Dado que la ocupación como indicador de clase social pretende medir la experiencia vital del individuo inserta en su medio social, su utilización como indicador de clase social requiere una clasificación que discrimine

claramente entre los diferentes grupos socioeconómicos. Sus dos principales inconvenientes son, por un lado, el dejar de lado a aquella parte de la población que no trabaja, por otro, su variabilidad, en cuanto a tamaño y composición, a lo largo del tiempo. (Jones y Cameron, 1984; Carr-Hill, 1990). Dos indicadores económicos muy interrelacionados con la ocupación son el nivel de ingresos, es decir, la «entrada» de ingresos económicos, y la riqueza, es decir, las «reservas» económicas de que disponen los individuos o las familias. El nivel de ingresos puede ser medido como variable cuantitativa continua o agrupada en categorías. El nivel de riqueza es especialmente útil en el caso de personas mayores, ya que puede dar una idea más real de su situación económica. Su principal inconveniente radica en que con frecuencia es difícil obtener información adecuada (Krieger y Fee, 1994). El nivel de educación es un indicador de clase social, ampliamente utilizado sobre todo en Estados Unidos, que tiene como ventajas su estabilidad a lo largo de la vida y la facilidad de su obtención. Puede ser medido mediante el número de años de educación recibida, la edad al finalizar la educación, el máximo nivel educativo alcanzado, o la última institución educativa a la que se ha accedido. Sus principales limitaciones son: su excesiva estabilidad puede limitar su utilidad para entender los cambios de salud entre los grupos de población; su homogeneidad entre determinados grupos de población puede limitar su capacidad explicativa, puesto que las generaciones jóvenes por regla general están más educadas que las adultas y que las ancianas; y finalmente, el hecho de que en muchos casos sólo se mide el nivel formal de estudios (Krieger y Fee, 1994; Morgenstern, 1985).

Al igual que en el caso de la clase social, tampoco el concepto de «privación material» tiene un significado único, ni está claro qué indicadores deben de seleccionarse. No obstante, en los estudios de tipo ecológico el uso de indicadores de «privación material» y social puede tanto complementar el uso de los indicadores de clase social, como ser una alternativa adecuada cuando éstos no se hallan disponibles (Carstairs y Morris, 1989; Townsend, 1991). Los indicadores de «privación material» han sido clasificados por Thunhurst en tres categorías: en primer lugar, indicadores directos, que representan a la «privación» en sí misma como son el número de personas desempleadas o analfabetas, o el número

de hogares con hacinamiento; segundo, indicadores indirectos, que permiten inferir la existencia de «privación material» pero no la implican en sí misma como por ejemplo, el número de hogares que no disponen de automóvil, o el número de niños o jubilados en el hogar; tercero, indicadores interpretativos, que ayudan al análisis geográfico de la distribución de los indicadores directos e indirectos como por ejemplo el número de inmigrantes que han llegado a una zona geográfica en el último año, el número de hogares públicos de alquiler, o la cantidad de alojamientos alquilados con o sin muebles (Thunhurst, 1985). Con el fin de resumir en una sola medida varios de estos indicadores, se han construido índices sintéticos o compuestos tales como el índice de Townsend, Carstairs o Jarman que proporcionan una imagen multidimensional de los factores socioeconómicos que afectan a la salud (Morris y Carstairs, 1991). Así, por ejemplo, el índice de Townsend incluye los siguientes indicadores: número de desempleados, hogares hacinados, y hogares que no poseen automóvil. Finalmente, añadir que dadas sus diferentes características socioeconómicas, en los países en desarrollo han sido utilizados indicadores como, por ejemplo, el porcentaje de población que dispone de red de alcantarillado, el número de viviendas con suelo de tierra, o el tipo de instalaciones básicas de que dispone la vivienda (Donate y Nabit, 1991; CONAPO, 1994). Como en cualquier otro campo de investigación, en el estudio de las desigualdades en salud no existe un instrumento de medida ideal. Cada instrumento tiene ventajas e inconvenientes. Según lo que nos interese medir, escogemos métodos de medición diferentes, y según qué instrumento sea el elegido, obtendremos resultados distintos. Por ello, es imprescindible tomar decisiones acerca de los criterios que más nos interesen: la validez, la precisión, la flexibilidad, la aplicabilidad a las clasificaciones socioeconómicas existentes, la medición a nivel individual o en grupos, o la sencillez de cálculo, entre otros.

Recientemente, Mackenbach y Kunst han propuesto una clasificación basada en tres factores: en primer lugar, su sencillez de cálculo e interpretación; segundo, si miden desigualdades en términos absolutos o relativos; y finalmente, si tienen en cuenta el tamaño poblacional de cada grupo de estudio que estemos estudiando (Kunst y Mackenbach, 1995). Sin entrar en detalles pro-

pios de la bibliografía especializada, nombraremos a continuación algunas de las medidas de más interés (Illsley y LeGrand, 1987; Carr-Hill, 1990; Wagstaff et al., 1991; Wagstaff y Van Doorslaer, 1994; Lee, Moss y Krieger 1995).

En la medición de desigualdades en los grupos, las medidas más sencillas y utilizadas son la razón entre los grupos extremos y el coeficiente de correlación entre variables; entre las más sofisticadas se encuentran la regresión estándar y la regresión en percentiles, que permiten tener en cuenta a todos los grupos socioeconómicos así como, en el caso de la última medida, su tamaño poblacional. En cuanto a la medición en los individuos, además de medidas conocidas como la varianza o el coeficiente de variación, destaca una medida ampliamente utilizada por los economistas: el coeficiente de Gini, la cual, aunque tiene como ventaja el tener en cuenta a todos los individuos de la población, no valora la categoría socioeconómica de los distintos grupos sociales.

### 3. LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

#### 3.1. Antecedentes históricos

La percepción de que los grupos sociales enferman, mueren, y reciben una atención sanitaria desigual, posee una larga tradición histórica. Señalemos algunos ejemplos de especial relieve.

A partir del siglo XI, mientras se extingue la práctica monástica y clerical de la medicina, se va consolidando la discriminación social en la atención sanitaria con la aparición de tres niveles de asistencia: la de los poderosos (reyes, príncipes, magnates eclesiásticos y señores feudales), los miembros de la naciente burguesía (artesanos-empresarios, comerciantes prósperos) y la del «pobre estamental» (esclavos, siervos de la gleba e indigentes urbanos) (Laín Entralgo, 1978). Para los cronistas de una época medieval plagada de guerras, hambre y peste, también estará claro que los pobres mueren en mayor proporción. Las razones deben buscarse tanto en su peor alimentación, como en sus peores condiciones de higiene ambiental y personal, y en su mayor dificultad de huir de los peligros existentes (Susser, Watson y Hopper, 1985). En el siglo XVII se realiza en Ginebra un importante estudio sobre las desigualdades en mortalidad, en

el que se muestra que la esperanza de vida al nacer de los niños de las clases sociales más desventajadas es de 18 años en comparación con 36 para aquellos que provienen de familias de las clases con mejores condiciones (Mackenbach, 1995). En Florencia, en 1700, Bernardino Ramazzini publica un trabajo pionero en el que examina las enfermedades profesionales de 41 tipos de ocupaciones, resaltando el papel de los factores sociales en la creación de la enfermedad (Ramazzini, 1983). Ya a finales del siglo XVIII, Johann Peter Frank, un pionero de la medicina social, al tiempo que señala que la miseria del pueblo es la madre de las enfermedades, hace un alegato en pro de las reformas sociales y económicas para mejorar la salud de los pobres (Frank, 1790/1942).

Es en el siglo XIX, no obstante, cuando el número de estudios se incrementa notablemente. La razón es doble: por un lado, el mayor acceso a fuentes de información útiles, por otro, las consecuencias que los procesos de revolución industrial del norte de Europa tienen sobre el trabajo, la vivienda o el hacinamiento que sufre el creciente proletariado. Así, hallamos estudios tan notables como los realizados por Villermé en Francia, Chadwick, Engels y Farr en Gran Bretaña, o Virchow en Alemania. Uno de los primeros trabajos sobre la relación entre salud y clase social lo realiza Louis René Villermé durante los años 20 en París cuando observa tasas de mortalidad más elevadas en los distritos con el porcentaje más elevado de personas pobres (estimado a partir del hecho de pagar o no impuestos por el alquiler de la vivienda) (Villermé, 1826). Además, en 1840, al analizar la mortalidad de quienes trabajan en las fábricas de productos textiles de la ciudad francesa de Mulhouse, Villermé encuentra una mortalidad mucho más alta entre las familias de los trabajadores en comparación con las de los fabricantes (Villermé, 1840).

En 1842, en su informe sobre las condiciones de salud de la clase trabajadora inglesa, Edwin Chadwick afirma que los trabajadores manuales, los empleados y sus familias viven un promedio de 16 años, los comerciantes y sus familias 26, y los aristócratas y sus familias 45 años (Chadwick, 1842/1965). Dos años después, en «La Condición de la clase obrera en Inglaterra» Friederich Engels recoge la información más actual sobre cómo los factores socioeconómicos derivados de las relaciones de producción se re-

flejan desigualmente en la salud y la enfermedad de las clases sociales (Engels, 1844/1981). A mediados de siglo, William Farr, uno de los más importantes pioneros de la epidemiología, realiza el primer análisis de las tasas de mortalidad a nivel nacional según su ocupación (Susser, Watson y Hopper, 1985). También a mediados de siglo, en sus trabajos sobre la epidemia de fiebre tifoidea en la Alta Silesia y sobre las condiciones de vida de la clase obrera en una epidemia acaecida en Berlín, Rudolf Virchow asocia un buen número de enfermedades con las privaciones que sufren los más desventajados socialmente. Para Virchow, las causas y las soluciones de esas desigualdades deben buscarse en factores como la pobreza, la mala alimentación, la vivienda, el acceso al agua potable, la higiene o el alcantarillado (Waitzkin, 1981).

Durante el siglo XX, aparecerán un buen número de importantes estudios sobre el papel jugado por los factores sociales en la producción de la salud y la enfermedad. Así, por un lado, desde 1911 los informes del «Registrar General» en Inglaterra y Gales analizaron las tasas de mortalidad para la población activa en relación con la clase social basada en su ocupación. Por otro, en trabajos como los de Alfred Grotjahn a principios del siglo, John Ryle o Henry Sigerist en los años 40, o John Cassel en los 60, hallamos enormes contribuciones acerca del papel que la pobreza u otros factores sociales juegan en la aparición de la enfermedad (Rosen, 1947/1984; Martínez Navarro, 1984). No obstante, el impacto e influencia de estos estudios es muy limitado debido sobre todo a dos razones: al amplio dominio ejercido en las ciencias de la salud por la concepción biomédica de la enfermedad, y a la enorme transformación socioeconómica ocurrida durante el tercer cuarto del siglo, generadora de un extendido optimismo relativo a la mejora social y la reducción de las desigualdades.

De este modo, solamente durante los períodos de crisis social y económica de la década de los 30 y a partir de la recesión económica iniciada a inicios de los años 70, ha existido una considerable producción de estudios sobre los factores sociales y las desigualdades sociales en salud.

En los años 30 los trabajos que usan indicadores como el desempleo, la clase social, la educación, o la pobreza son numerosos. Marie Jahoda realiza un estudio pionero en la ciudad de Marienthal en Austria acerca de cómo el nivel de

desempleo afecta a la salud, sobre todo en su aspecto psicológico (Jahoda, Lazarsfeld y Zeisl, 1933/1972). Perrot y Collins encuentran una clara asociación entre estar desempleado y tener más enfermedades, estar malnutrido o tener una tasa de suicidio mayor (Rodríguez, 1991). Además, mientras que Ryle encuentra que entre las clases pobres las tasas de mortalidad por tuberculosis son más del doble de las de las clases más aventajadas, un amplio número de trabajos analizarán la relación existente entre varios aspectos de la salud y la pobreza (Orr, 1936; M'Gonigle y Kirby, 1936; Titmuss, 1938).

Durante la década de los 60, y sobre todo a partir de 1970, el número de trabajos aumenta con rapidez. Por un lado, en Estados Unidos se reabre el debate en torno a la pobreza a partir de un libro ya clásico de Harrington (Harrington, 1962). En 1969 se publica un análisis sociológico sobre la pobreza y la salud (Kosa, Antonovsky y Zola, 1969), y en 1979 Townsend realiza una exhaustiva revisión sobre la pobreza en el Reino Unido (Townsend, 1979). Por otro lado, los estudios sobre desigualdades en salud según las clases sociales se incrementarán. Así, en 1967, en un artículo de revisión ya clásico, Antonovsky analiza los trabajos realizados en distintos países europeos y Estados Unidos acerca de la relación entre la mortalidad y la esperanza de vida según clase social. Su conclusión es: «a pesar de la diversidad de métodos e índices usados en los más de 30 estudios revisados, y a pesar de la variedad de poblaciones estudiadas, la conclusión inevitable a la que llegamos es la existencia de una relación entre la clase a la que se pertenece y la posibilidad de estar vivo. Casi sin excepciones, los resultados muestran que las clases difieren en sus tasas de mortalidad (...) Usemos el índice que usemos, y usemos un número de clases cualquiera, casi siempre la clase inferior muestra tasas de mortalidad mayores. Además, la diferencia entre esa clase y las demás no ha disminuido durante las décadas recientes» (Antonovsky, 1967).

Ya en la década de los 70, Kitagawa muestra cómo en Estados Unidos, para el año 1960, existe una relación inversa entre la mortalidad y los años de escolarización y el nivel de ingresos familiar (Kitagawa y Hauser, 1973).

Pero es, sin duda, en el caso de Gran Bretaña donde aparecen el mayor número de estudios (Carter y Peel, 1976; Marmot et al., 1978). Un

trabajo de Morris, por ejemplo, destaca la persistencia de desigualdades en salud entre clases sociales, tanto por lo que hace a la población adulta como a la población infantil, y señala: «la distancia relativa entre las clases I y V es actualmente muy parecida, aunque con un valor absoluto menor, a la que existía cuando se instituyeron el Servicio Nacional de Salud y el Estado del Bienestar» (Morris, 1979).

### 3.2. El impacto del «Black Report»

A principios de los años 80, la publicación en Gran Bretaña del informe conocido como «Black Report» constituyó, por su impacto social inmediato y por su influencia posterior, un hito de primera magnitud, un punto de inflexión en la historia moderna del estudio de las desigualdades en salud (Townsend y Davidson, 1982/1988). Veamos sus orígenes, objetivos, contenidos y principales conclusiones.

Mediada la década de los años 70, la situación de Gran Bretaña en términos de salud ha empeorado. Si en 1960 Gran Bretaña cuenta con la sexta tasa de mortalidad infantil más baja, en poco más de quince años, desciende a la posición 15, al mismo tiempo que se observa que las desigualdades en salud entre las clases sociales no disminuyen. Por ello, en abril de 1977, el Ministro de Servicios Sociales del gobierno laborista designa un grupo de trabajo presidido por el presidente del colegio de médicos, Sir Douglas Black, para que analice el tema. El objetivo es triple: en primer lugar, recoger información sobre las desigualdades sanitarias por clase social y los factores implicados en ellas; segundo, a partir del análisis de esa información identificar sus principales causas y las principales implicaciones para las políticas sanitarias; y finalmente, hacer sugerencias en relación a futuras investigaciones.

En 1980 el informe está terminado. A lo largo de 9 capítulos se recogen los conceptos, los resultados empíricos y las conclusiones que le han convertido en punto de referencia clásico en relación a este tema. A pesar de las lógicas cautelas científicas, sus conclusiones son claras: tras 30 años de existencia del Servicio Nacional de Salud Británico las desigualdades sociales en salud y en el uso de los servicios sanitarios y preventivos por clase social son claras y, lo que es más preocupante, están aumentando. La morta-

lidad de la clase social más desventajada es 2,5 veces superior a la que posee mejores condiciones. De hecho, para cada período de la vida, las desigualdades entre las clases extremas son notables.

Para el período 1970-1972, si la clase más desventajada (clase V) hubiera tenido las tasas de mortalidad de la situada en la mejor posición (clase I) se hubieran evitado, entre las personas con menos de 75 años, 74.000 muertes. Veamos sus principales conclusiones en las propias palabras del informe: «los datos más recientes muestran claras diferencias en las tasas de mortalidad de las clases sociales, para ambos sexos y todas las edades» (conclusión 1); «la falta de mejora, y en algunos aspectos deterioro, de la salud de las clases manuales (IV y V), comparada con la de la clase I, a lo largo de los años 60 y principios de los 70, es impresionante» (conclusión 2); «también existen desigualdades en el uso de servicios sanitarios y, en particular, y de forma preocupante, en los servicios preventivos (conclusión 3). Además, según el informe, los factores sociales y estructurales son quienes mejor explican esas desigualdades: «desde nuestro punto de vista, la mayor parte de las desigualdades sociales en salud puede explicarse adecuadamente a partir de las características específicas del medio socioeconómico» (conclusión 5). En relación a las recomendaciones relacionadas con la investigación, el informe dice: «creemos que se necesita una estrategia de investigación global. Ello implica la necesidad de realizar estudios minuciosos, de un amplio número de variables relacionadas con la mala salud, a lo largo del tiempo, y en áreas pequeñas» (conclusión 13). Finalmente, en lo que respecta a las políticas de salud, el informe señala: «creemos que la distribución de recursos debería basarse en las necesidades (...) un cambio en la orientación de los recursos no es suficiente; se debe combinar con un enfoque creativo (y en parte necesariamente experimental) de la atención y distribución sanitarias» (conclusión 15).

### 3.3. La evolución posterior al informe Black

La importancia del informe Black radica tanto en la información que proporcionó, como en el continuo debate suscitado en los ámbitos científico e ideológico desde su publicación (Illsley, 1986, 1987a, 1987b; Illsley y LeGrand 1987;

Klein 1988, 1991; Carr-Hill 1990; Townsend 1990, 1991; Wilkinson 1986a, 1987). Así, al mismo tiempo que creció enormemente el interés internacional sobre las desigualdades en salud, también aparecieron diversas críticas sobre sus insuficiencias teóricas y metodológicas. Entre éstas destacan: primero, el excesivo énfasis en los indicadores de mortalidad; segundo, el sesgo numerador/denominador, según el cual la información de los fallecidos y de la población a riesgo proviene de fuentes distintas (Blane, 1985); tercero, las limitaciones propias de la categoría de clase social (Jones y Cameron, 1984; Research Unit in Health and Behavioural Change, 1989); cuarto, la distinta clasificación de las clases sociales a medida que se modifican las clasificaciones con el paso del tiempo; y quinto, el cambio de tamaño a lo largo del tiempo de las clases sociales, al disminuir la proporción de población que se halla entre las clases más desfavorecidas (Carr-Hill, 1990; Illsley, 1990; Illsley y Baker, 1991).

Si cuando se publicó el «Black Report» existían temas clave sobre los que apenas se tenía información, ya a mediados de los años 80, la aparición de un buen número de investigaciones metodológicamente más sofisticadas, y realizadas en ámbitos geográficos y períodos temporales distintos, permitieron reducir buena parte de las limitaciones del informe (Wilkinson, 1986b; Marmot y McDowell, 1986). Entre estos avances destacan: la utilización de bases de datos conectadas entre sí, el uso de nuevos indicadores socioeconómicos y sanitarios, el incremento de los estudios de tipo longitudinal, los estudios de tendencias a lo largo del tiempo, y los estudios ecológicos de áreas pequeñas que analizan la asociación entre la «privación» material y la salud.

Además de Gran Bretaña, la mayor parte de estudios sobre desigualdades en salud han sido llevados a cabo en Europa y Norteamérica (Fox, 1989; VV.AA., 1990, 1991). Más en concreto, el número de trabajos realizado en los países nórdicos, Holanda y Estados Unidos ha aumentado notablemente en los últimos años (Valkonen et al., 1993; Cooper, 1993; Rahkonen et al., 1993; Cernerud, 1994; Mackenbach, 1994; Pekkanen et al., 1995; Poikolainen y Eskola, 1995; van der Lucht y Groothoff, 1995; Diez-Roux et al., 1995; Bucher y Ragland, 1995). En cambio, sólo recientemente, el tema ha empezado a crecer en

otros países desarrollados (Helmert y Shea, 1994; Lang y Ducimetiere 1995; Faggiano, Zanetti y Costa, 1994; Bennett, 1995; Marshall et al., 1993), mientras que aún existen muy pocos estudios en los países subdesarrollados (López Acuña, 1980; Victora, Barros y Vaughan, 1992; VV.AA., 1993; Lozano et al., 1993; Duncan et al., 1995).

En este apartado revisaremos algunos de los estudios británicos más conocidos, como son los estudios longitudinales «Whitehall I y II», el «OPCS Longitudinal Study», el informe «The Health Divide» y varios estudios ecológicos en áreas pequeñas, así como algunos de los trabajos realizados en Europa y Norteamérica.

Mediante el seguimiento durante 10 años de una cohorte de más de 17.500 funcionarios varones de Londres de entre 40 y 64 años de edad, el estudio «Whitehall I» mostrará, sin los sesgos propios de los estudios de tipo transversal, la conocida relación existente entre clase social y mortalidad (Marmot et al., 1978; Rose y Marmot 1981; Marmot, Shipley y Rose, 1984). Más en concreto, el estudio muestra: primero, que tanto para las enfermedades coronarias como para todas las causas de muerte, existe un gradiente entre la clase social y la mortalidad; segundo, que en la ocupación más desventajada la desigualdad en la mortalidad es tres veces superior respecto a la mejor situada; y tercero, que las desigualdades se mantienen con el paso del tiempo. Además, aunque fumar es más frecuente en las clases más desventajadas, incluso en los no fumadores o cuando se elimina estadísticamente el efecto del tabaco y otros factores de riesgo, persiste un gradiente en las enfermedades coronarias y otras causas de muerte. De hecho, en las distintas clases sociales los principales factores de riesgo coronario sólo explican una pequeña parte de las diferencias en la enfermedad coronaria, lo cual hace pensar que existen tanto factores de riesgo específicos como factores de tipo más general. A conclusiones similares ha llegado otro estudio longitudinal como el «Office of Population Censuses (OPCS) and Surveys Longitudinal Study», que durante 10 años siguió a una muestra del uno por ciento de la población del censo inglés de 1971 (Goldblatt, 1989). Por su parte, mediante el seguimiento de una cohorte de más de 10.300 funcionarios de 35 a 55 años, de los cuales un tercio eran mujeres, el estudio «Whitehall II» ha aportado nuevas evidencias

sobre las desigualdades en morbilidad, los hábitos relacionados con la salud, el trabajo y el apoyo social, entre otros factores (Marmot, et al., 1991; North et al., 1993).

En 1988, el informe «The Health Divide» se propuso dos objetivos principales: por un lado, revisar la existencia de desigualdades en salud a la luz de los estudios realizados desde la publicación del informe Black, por otro, comentar los progresos realizados en sus recomendaciones. Sus conclusiones son contundentes: primero, las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña desde 1980 han persistido o se han ampliado; segundo, la evidencia de que los factores socioeconómicos tienen un gran impacto sobre la salud es muy fuerte; tercero, las recomendaciones propuestas en el «Black Report» prácticamente no han recibido respuesta (Whitehead, 1988/1992). En concreto, para todas las edades, quienes se hallan en la parte más baja de la escala social tienen tasas de mortalidad mucho mayores y más enfermedades crónicas que aquellos que están en la parte más alta de la escala social. El propio informe confirma las conclusiones del informe Black: «Desde 1950, las desigualdades en salud para los adultos en edad de trabajar se han ampliado. La excepción a esa tendencia se encuentra en los niños de un mes a un año de edad». Las clases más desventajadas tienen tasas de consulta médica más elevadas, pero usan menos los servicios preventivos. Además, se observan desigualdades regionales muy claras entre el Norte y el Sur. Aunque se encuentran áreas pobres en todas las regiones, éstas son mucho más comunes en el norte que en el sur o en el Suroeste. No se han adoptado políticas para reducir la pobreza infantil, o mejorar las condiciones de la vivienda, y sólo en muy pocas ocasiones se han adoptado mecanismos para coordinar las políticas sanitarias a nivel nacional y local.

Más aún, en los últimos años, nuevas revisiones han confirmado las principales conclusiones y recomendaciones del informe Black, señalando, al mismo tiempo, «las limitaciones» que tienen las críticas realizadas al propio informe (Morris, 1990; Davey-Smith, Shipley y Rose, 1990; Black, 1991; Davey-Smith y Morris, 1994; Harding, 1995).

Por otra parte, los estudios ecológicos realizados en áreas pequeñas han mostrado la clara asociación existente entre distintos indicadores de «privación» social y material en las áreas pe-

queñas analizadas, y distintos indicadores de salud. Un estudio realizado en Escocia en 37 distritos electorales de Glasgow y 23 de Edimburgo, encontró una mayor relación en la mortalidad y la morbilidad, excepto en el caso de la mortalidad infantil y perinatal, en las áreas que tenían mayor «privación material», (Carstairs y Morris, 1991). En otro estudio, se analizaron las tasas de mortalidad de 1980-82 en los hombres de 20 a 64 años, según su clase social e indicadores de «privación material» tomados del censo (niveles de hacinamiento, desempleo en los hombres, clase social baja, falta de coche) en áreas pequeñas de Escocia e Inglaterra y Gales. Se hallaron gradientes en la mortalidad tanto para la clase social como para la «privación», manteniéndose los gradientes en las categorías de privación material aún y después de estandarizar por la composición de las clases sociales (Carstairs y Morris, 1989b). Un estudio realizado en 29 distritos electorales de Sheffield mostró una clara correlación entre pobreza y mortalidad en ambos sexos. En los varones, la esperanza de vida fue de 8 años mayor en las áreas más ricas en comparación con las más pobres (Thunhurst, 1985b). Una serie de estudios realizados por Townsend han mostrado en varias zonas de Inglaterra desigualdades geográficas en la salud. En un estudio en 28 distritos de Bristol, se halló una alta asociación entre privación y mala salud (Townsend, Simpson y Tibbs, 1985). Finalmente, un estudio realizado en 678 distritos electorales del norte de Inglaterra halló una alta asociación entre mala salud y privación. El indicador que mostró una asociación más elevada entre mala salud y privación fue una aproximación a tener una renta baja: el porcentaje de hogares que no poseían automóvil (Townsend, Phillimore y Beattie, 1988). Además, los indicadores de privación permitían explicar variaciones en salud en las áreas, que no podían ser explicadas directamente a partir del uso de la categoría de clase ocupacional. Finalmente, Townsend mostró cómo las áreas con mayor nivel de salud de la región norte eran comparables a las de Bristol mostrando, por tanto, una mayor heterogeneidad dentro de las regiones que entre ellas. En este sentido, la división norte-sur no sería tan importante como el medio local. Más recientemente, un estudio posterior comparó los cambios en la mortalidad entre la región norte de Inglaterra e Inglaterra entre 1981 y 1991 hallando que las desigualdades entre los distritos en mejores y peores condiciones se incrementaron en todas las categorías

de edad de menos de 75 años (Phillimore, Beattie, y Townsend 1994).

Al comparar la mortalidad según clase social, en la década de los 70, en los cuatro países nórdicos, un estudio halló una mayor mortalidad según nivel de clase social en Finlandia, seguida por Dinamarca, Noruega y Suecia (Andersen, et al., 1987). Otro estudio comparó la mortalidad según su nivel de educación en el grupo de edad de 35 a 54 años en varios países europeos (Inglaterra y Gales, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Hungría) durante la década de los años 70. Las tasas de mortalidad mostraron un gradiente decreciente a medida que aumentaba la educación. En Inglaterra y Gales la desigualdad entre grupos educacionales había aumentado, mientras que no ocurrió así en los países nórdicos (Valkonen, 1988). A partir de los datos de mortalidad por clase social en hombres de 35 a 64 años de edad durante el período 1971-1981, obtenidos en estudios longitudinales de varios países europeos (los cuatro países nórdicos, Inglaterra y Gales, Francia), se hallaron las mayores desigualdades en mortalidad en Francia, seguidas de Finlandia, Inglaterra y Gales, Suecia, Dinamarca y Noruega (Kunst y Mackenbach, 1994). Finalmente, un estudio sobre desigualdades en el estado de salud percibida en 8 países (Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Alemania, Holanda, Italia, Estados Unidos y Canadá), en la población de 16 a 64 años de edad durante 1983 a 1990, observó las mayores desigualdades en salud en Estados Unidos e Italia, y las menores en el Reino Unido y Suecia. En el caso de las mujeres se halló el mismo patrón, al que se añadió Holanda en el caso del grupo con menos desigualdades (Kunst, Geurts y Van-den-Berg, 1995).

Históricamente, en los países nórdicos encontramos un gran número de trabajos (Kohler y Martin (eds), 1985; Vogel et al., 1988). Así, si en Suecia se han hallado diferencias importantes, según la clase social, en la mortalidad y la morbilidad, en Finlandia se hallaron desigualdades importantes y un aumento en la tasa de mortalidad por clase ocupacional durante el período 1971-1985 (Valkonen, Martelen y Rimpelä, 1991).

A partir de la recogida de información del censo en el área metropolitana de Chicago y sus suburbios, durante un período de 10 años desde 1930 hasta 1960, el «Chicago Area Study» mostró una fuerte relación negativa entre clase

social y mortalidad; para cada período de tiempo considerado, los hombres y mujeres de las clases socioeconómicas más bajas tuvieron una tasa de mortalidad el 60% superior a la de las clases más aventajadas (Kitagawa and Hauser, 1973). En Estados Unidos, se ha comparado la asociación existente entre mortalidad y morbilidad con varios indicadores de clase social y raza. Tanto para diversas causas de muerte como para la morbilidad, las desigualdades en salud medidas según la clase social fueron superiores a las obtenidas según la raza. De hecho, para cada clase, los negros tienen peores indicadores de salud que los blancos, pero la mayoría de negros son miembros de clase trabajadora, mal pagada, con poca educación, y con peores indicadores de mortalidad y morbilidad (Navarro, 1990).

Otro estudio ha mostrado para 1986 una relación inversa entre la mortalidad y el estatus socioeconómico señalando que la misma fue mayor que en 1960. De hecho, en 1986 quienes ganaban menos de 9.000 dólares de ingreso anual tuvieron una tasa de mortalidad entre 3 y 7 veces superior (según cual fuera su sexo y raza) que la de aquellos que ganaron 25.000 dólares o más (Pappas et al., 1993). Por otro lado, a partir de los datos del censo del año 1980 y de los certificados de muerte de 1979 a 1981, un estudio examinó las tasas de mortalidad en el distrito de Harlem en Nueva York, en el cual el 96% de habitantes son blancos y el 41% están por debajo del nivel de pobreza. En Harlem, la tasa de mortalidad para todas las causas ajustada por edad fue la más alta de Nueva York, más del doble de la de los blancos de los Estados Unidos, y el 50% más alta que la de los negros en su conjunto. El análisis de supervivencia mostró que era menos probable que los negros del Harlem llegaran a los 65 años de edad que la población de Bangladesh (McCord y Freeman, 1990).

### 3.4. Las causas de las desigualdades en salud

Actualmente, el estado de la investigación sobre desigualdades en salud difiere mucho a nivel mundial. En la mayoría de países las investigaciones son incompletas, muy escasas, o casi nulas, en otros existen estudios parciales o publicados en forma dispersa, y solamente en algunos países desarrollados se han descrito en forma más o menos completa las desigualdades en salud. En este sentido, la realización de un am-

plio número de investigaciones durante el último decenio ha permitido ampliar el debate científico y social desde la mera existencia de desigualdades a la discusión acerca de su aumento o disminución y a cuáles son sus causas (Pamuk, 1985; Scott-Samuel, 1986; Illsley, 1986; LeGrand y Rabin, 1986; Whitehead y Dahlgren, 1991).

En efecto, si a principios de los 80 Blaxter señaló la paradoja de que existían numerosos trabajos descriptivos de las desigualdades en salud en los niños, pero escasas explicaciones sobre sus causas, éstas han aumentado significativamente en los últimos años (Blaxter, 1981).

Tanto en el «Black Report» o el «Health Divide», como en la mayoría de trabajos publicados se examinan cuatro posibles explicaciones de estas desigualdades: en primer lugar, errores de tipo estadístico tales como, por ejemplo, los cambios en la clasificación o el tamaño de las clases sociales, o diversos errores metodológicos como el sesgo numerador/denominador aludidos anteriormente; segundo, las teorías de selección social o natural, según las cuales, la salud que las personas tuvieran en la infancia o a lo largo de la vida sería la que determinaría el cambio en la posición social y no a la inversa; tercero, comportamientos o conductas individuales, elegidos personalmente y asociados a la salud, tales como los hábitos de fumar, beber alcohol o realizar ejercicio físico; y en cuarto lugar, factores de tipo material o estructural, como el nivel de ingresos económicos o las condiciones de la vivienda, el trabajo o el medio ambiente, presentes en el medio social en el que viven los individuos (Blane, 1985; Macintyre, 1986).

Ambos informes comentaron la interrelación existente entre los factores de tipo individual y los de tipo estructural o material, señalando que, en muchos casos, ni su separación es factible, ni su interpretación es sencilla. Otros autores, en cambio, abogaban por tratar separadamente ambas teorías (Davey-Smith et al., 1994). En cualquier caso, como ha señalado Morris, no sólo habría que preguntarse cómo se comportan los individuos sino por qué (Morris, 1990). Así, por ejemplo, lo que el individuo ingiere en su dieta cotidiana no depende sólo de su elección personal, sus costumbres y cultura, sino también de su facilidad de acceso, su disponibilidad económica, o las presiones comerciales y sociales a que se ve sometido, entre otras razones.

Así pues, ¿qué factores son los más importantes? Aunque se ha propuesto que los errores de tipo estadístico (Blane, 1985; Illsley, 1986), las teorías de selección social o natural (Stern, 1983; Blane 1985), o las conductas personales, pueden explicar parte de las desigualdades, la mayoría de estudios han insistido en que son sobre todo los factores de tipo estructural y material quienes explican las causas del peor estado de salud de las clases más desfavorecidas. Así, el informe Black, afirmó con claridad que los factores socioeconómicos del medio permitían explicar más adecuadamente la mayor parte de las desigualdades encontradas (Townsend y Davidson, 1982/1988). Además, otros estudios han mostrado cómo después de eliminar estadísticamente el impacto de distintos hábitos de riesgo, las desigualdades persisten en gran medida (Marmot, Shipley y Rose, 1984). Igualmente, el informe «The Health Divide» fue igualmente taxativo al comentar, por un lado, que las desigualdades en salud entre los grupos sociales eran reales y no fruto de un error estadístico o de la teoría de la movilidad social, y por otro, que existían pruebas concluyentes de que los factores socioeconómicos eran los más importantes a tener en cuenta (Whitehead, 1988/1992).

Por otra parte, otros trabajos han completado el papel de las explicaciones anteriores, proponiendo otras causas: los factores de tipo biológico o genético, el uso y acceso a los servicios sanitarios, y el peso de factores psicosociales tales como el apoyo social, el estrés o la falta de control y satisfacción en el medio laboral (The Health of the Nation, 1995).

Aunque la existencia de desigualdades en salud está fuera de cualquier duda razonable, dilucidar los mecanismos causales subyacentes que las generan no es sencillo. En este sentido, se ha puesto de manifiesto la complejidad de los mecanismos causales, al señalar la interacción existente entre todos los factores, su relativa importancia según los problemas de salud o las condiciones sociales consideradas, y el papel que la acumulación de distintos factores puede jugar a lo largo del tiempo según el tipo de desigualdad que consideremos. Es preciso obtener modelos causales que permitan explicar las conexiones que los elementos citados tienen entre sí, así como su relación con las distintas dimensiones de la salud (Syme, 1992; Angell, 1993; Charlton y White, 1995).

## 4. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA: ANTECEDENTES

### 4.1. Estudios realizados

Los estudios sobre desigualdades en la salud tienen una larga tradición en algunos países desarrollados. En efecto, como hemos visto en el capítulo anterior, en países como Gran Bretaña o algunos países nórdicos, se han estudiado con detalle las características de las desigualdades sociales en la mortalidad, en el estado de salud percibido, en las conductas asociadas a la salud, en el uso de los servicios sanitarios, así como en el grado de satisfacción del usuario y de la ciudadanía. En el caso de España, a pesar de la realización de importantes y muy valiosos trabajos, la tradición en la investigación es escasa y los estudios por clase social, privación material u otros indicadores sociales de salud son aún limitados (ver apartado 4.2.). Así, buena parte de los trabajos se reducen a describir las desigualdades en salud, sin que hasta el momento sea posible obtener resultados con la profundidad analítica obtenida en los estudios de otros países. Como consecuencia, en muchos casos, ni pueden estudiarse temas de gran relevancia, ni se conocen adecuadamente la magnitud o la evolución de las desigualdades, ni es posible establecer rigurosamente comparaciones a lo largo del tiempo.

Sin embargo, en nuestro país desde la aparición de las primeras encuestas relacionadas con la salud a inicios de los años 1970 (FOESSA, 1970), hasta las investigaciones realizadas en el último lustro, se han hecho importantes progresos.

De entre el conjunto de trabajos realizados en los últimos años en nuestro país (Benach, 1995b), revisaremos los estudios más relevantes en el ámbito estatal, regional o local, relativos a la mortalidad, la morbilidad, la salud percibida, las conductas asociadas con la salud y el uso y acceso a los servicios sanitarios.

#### *Estudios de mortalidad de ámbito estatal*

Aunque actualmente no es posible realizar estudios de carácter individual sobre las desigualdades sociales en salud para el conjunto de España, varios trabajos se han aproximado a ello a partir de la selección de la información disponible.

Utilizando las defunciones de los varones de 16 a 64 años de edad ocurridas durante el período 1980-1982, y a partir de la clasificación de las clases sociales según la ocupación de los fallecidos, un trabajo pionero detectó desigualdades en la mortalidad (Regidor y González, 1989). Así, en el grupo social compuesto por los trabajadores mayoritariamente manuales la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) fue de 149 en comparación con 100 en el grupo compuesto por directivos y gerentes de empresa. Además, la Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (TAPVP) en el primer grupo fue 1,5 veces superior a la del segundo. Un estudio reciente ha analizado a partir de la selección de varones de 30 a 64 años de edad en ocho provincias de España las desigualdades sociales en la mortalidad según la causa de muerte en los años 1980-1982 y 1988-1990. En ambos períodos, tanto para el conjunto de defunciones como para las distintas causas de muerte, la RME fue más alta en el grupo de trabajadores manuales en comparación con las ocupaciones de profesionales y directivos. Solamente se hallaron dos excepciones: las enfermedades del corazón y la cardiopatía isquémica en el primer período, y el cáncer de colon en ambos períodos. El estudio señaló, además, como en casi todas las enfermedades las desigualdades entre ambos períodos se habían incrementado (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1995a).

Otra investigación de ámbito estatal, mostró cómo entre los hijos de los trabajadores del grupo ocupacional compuesto mayoritariamente por trabajadores manuales, hubo un número de muertes fetales tardías y de fallecimientos mayor durante el primer día de vida que en el grupo ocupacional compuesto por profesionales y directivos (Regidor, Gutiérrez-Fisac, Rodríguez, 1994).

En lo que respecta a los estudios de tipo ecológico, en los últimos años varios trabajos han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades en mortalidad a distintos niveles de desagregación espacial. Por un lado, en el plano descriptivo, se ha señalado la existencia de diferencias en las tasas de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE) en las provincias españolas entre 1975 y 1983 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989) y en el período entre 1980 y 1984 (Holland et al., 1991, 1993). Por otro lado, se ha mostrado

la asociación entre varios indicadores socioeconómicos y de mortalidad a distinto nivel geográfico. A nivel de Comunidad Autónoma, un trabajo de Canela halló, para el período 1977-1979, desigualdades en la mortalidad en las Comunidades Autónomas, así como una asociación positiva con distintos indicadores socioeconómicos (Canela, 1985). Un estudio reciente ha señalado la relación positiva entre el nivel de mortalidad y dos indicadores sintéticos: el «nivel medio de vida» y «el índice de carencia» en el año 1990 (INE, 1994). A nivel provincial, un estudio mostró la existencia de una asociación positiva entre la mortalidad general y la no tenencia de servicios higiénicos en el hogar, así como entre la mortalidad fetal tardía y dos indicadores socioeconómicos para el año 1981 (Rodríguez y Lemkow, 1990). Mediante la aplicación de técnicas de análisis multivariante, otro estudio halló que la existencia de desigualdades en salud en las provincias españolas en el año 1980 estaba determinada por sus niveles de desarrollo y de vida así como por sus comportamientos demográficos (Solas, 1988). Finalmente, varias investigaciones han estudiado, para distintos períodos temporales y ámbitos geográficos, las diferencias existentes en las tasas de mortalidad infantil en España (García, Cortés y Durán, 1989; Vázquez-Vizoso, Castellán, Pollán et al. 1993; Lardelli et al., 1993a) hallando en varios casos una relación entre un bajo nivel de desarrollo socioeconómico y los indicadores de mortalidad (Lardelli et al., 1991; Lardelli et al., 1993b; Domínguez, 1994).

#### *Estudios de mortalidad de ámbito regional o local*

En relación a los trabajos de ámbito regional o local, destacan fundamentalmente las investigaciones realizadas en dos Comunidades Autónomas: Cataluña y la Comunidad Valenciana.

En Barcelona la realización de numerosos trabajos durante los últimos años ha permitido aproximarse al conocimiento del estado de las desigualdades sociales en salud de la ciudad. Ya en 1982, un primer trabajo halló desigualdades en la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal a nivel de los distritos y barrios de la ciudad (Domingo, 1982). Un trabajo posterior señaló cómo en el año 1985, para distintas causas de muerte evitable, la RME fue de 1,3 a 3,4 veces más alta en el distrito más deprimido en compa-

ración con el más privilegiado. Además la tasa de mortalidad infantil en el primer distrito fue un 50% superior a la del segundo (Alonso y Antó, 1988).

Un estudio realizado en los años 1980-1984 en los barrios de la ciudad, mostró importantes desigualdades en su mortalidad. La RME de los 4 barrios más pobres fue un 60% superior a la de los 5 más ricos, encontrándose, además, una fuerte asociación entre la mortalidad e indicadores de privación material como el desempleo, el analfabetismo o el estatus profesional (Costa, 1989). Posteriormente, utilizando diversos indicadores socioeconómicos y de mortalidad, los estudios realizados por Borrell y colaboradores han permitido describir con notable detalle las desigualdades sociales en la salud existentes en la ciudad de Barcelona (Borrell Plasencia y Pañella, 1991; Borrell, 1992; Borrell y Arias, 1993; Borrell y Arias, 1994; Borrell y Arias, 1995; Borrell, 1995). Veamos algunos ejemplos. Para el período 1983-1987, la esperanza de vida del distrito socio-económicamente más deprimido de la ciudad fue 4 años inferior a la de la ciudad en su conjunto, al tiempo que la Razón de Mortalidad Comparativa (RMC) y la Razón de Años potenciales de vida perdidos (RAPVP) fueron un 29% y un 82% superiores respectivamente. Para el período 1983-1989, la esperanza de vida entre los barrios más extremos fue 10,5 años mayor en el caso de los hombres y de 6,5 años en el caso de las mujeres. Además, durante el período 1983-1992, debido sobre todo al SIDA, la tuberculosis y las drogas, han aumentado las desigualdades en la mortalidad entre los barrios con bajo nivel socioeconómico y el resto de barrios.

Un estudio ecológico realizado en los barrios de Barcelona y Valencia, utilizando una aproximación al índice de Townsend compuesto por la tasa de analfabetismo, la tasa de desempleo y el número de coches por 100 habitantes, halló una alta correlación entre los indicadores de privación material y la RME en los menores de 65 años. Además, el estudio halló una razón entre la RME de los barrios extremos de 2,33 tanto en el caso de Barcelona como de Valencia (Arias et al., 1993).

En Valencia, varias investigaciones realizadas por Nolasco y colaboradores, han mostrado la existencia de un exceso de mortalidad en los años 1991-1994 en algunas de las áreas de salud

de la Comunidad Valenciana (Nolasco et al., 1992a), así como altas diferencias en la esperanza de vida en los barrios socialmente extremos de la ciudad (Nolasco et al., 1992b). Varios trabajos llevados a cabo entre los ingresados en cuidados intensivos (UCI) han permitido valorar la importancia de los factores sociales y las desigualdades en salud. Así, por ejemplo, se halló que los ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de las clases sociales más desaventajadas tuvieron una mortalidad superior a la de las clases más aventajadas. En concreto, en la propia UCI el riesgo fue un 30% superior, alcanzando dos meses después un nivel del 50% (Latour, Romero y Álvarez-Dardet, 1987; Latour et al., 1991). Un estudio realizado en Alicante en distintas divisiones geográficas, halló una relación dosis-respuesta entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de bajo peso al nacer. Así, según el tipo de áreas geográficas estudiadas, las razones entre las RME extremas variaron entre 1,4 y 2,5 (Armero et al., 1991).

Un estudio realizado en Málaga analizó las desigualdades existentes en 6 áreas de la ciudad según varios indicadores de mortalidad y de salud, tales como el bajo peso al nacer o el nivel de embarazos en adolescentes. La RME y la RAPVP del área de mínimo nivel socioeconómico, fueron respectivamente 1,8 y 1,4 veces superior a la del área de nivel más elevado (Martín y March, 1992). En Madrid, varios trabajos han identificado la existencia de desigualdades. Así, un estudio mostró desigualdades de mortalidad en los distintos distritos del sector 7 (Pérez-Domínguez et al., 1993). A partir de la utilización de zonas socialmente homogéneas, otro trabajo halló desigualdades en las tasas de mortalidad según su nivel socioeconómico (Terol, 1991). Finalmente, otro trabajo mostró cómo en el distrito más desfavorecido socioeconómicamente los hombres presentaron las mayores tasas de mortalidad ajustada y de años potenciales de vida perdidos entre 1 y 70 años (Etxenike, 1994). En un Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, una comunicación señaló la desigualdad en mortalidad existente en Palma de Mallorca entre los dos barrios con indicadores socioeconómicos extremos (Bauza et al., 1991). Finalmente, una investigación realizada en Navarra, en la que los grupos sociales fueron clasificados a partir de la ocupación del padre, mostró la existencia de una clara tendencia a in-

crementar la mortalidad entre los varones a medida que empeoraba el estatus socioeconómico de su barrio de residencia. La relación fue menos acusada en el caso de las mujeres (Casi y Moreno, 1992).

*Estudios de morbilidad, salud percibida y conductas asociadas con la salud de ámbito estatal*

A principios de los años 80, Durán encontró, a partir de la realización de una encuesta de ámbito estatal, un gran número de desigualdades sobre diversos aspectos relacionados con la salud: el conocimiento, actitudes y hábitos relacionados con la salud; el acceso a la alimentación, la vivienda, el trabajo, o la educación; la cobertura sanitaria y la eficacia en la utilización del sistema sanitario; el cuidado no institucional de la salud o el nivel de salud autopercebida. Así, por ejemplo, en relación a esta última, declararon tener una salud «muy buena» el 33 % de las clases más aventajadas por sólo el 7 % en el caso de las que se hallaban en peor situación. En relación al uso y acceso de servicios sanitarios, se observó una mayor utilización de los servicios sanitarios privados a medida que el nivel de estudios del cabeza de familia o su clase social estimada era mayor, así como un alto nivel de desprotección pública en el seguro médico (16 %) en las familias cuyo cabeza de familia no sabía leer ni escribir (Durán, 1983).

En 1986, la realización de la primera Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías realizada en España, permitió mostrar la asociación existente entre tener distintos tipos de deficiencias y el hecho de pertenecer a los grupos sociales más desaventajados (INE, 1987, 1989). En relación a los estudios, por ejemplo, un 31% de la población analfabeta padece alguna deficiencia en comparación con sólo el 6% en el caso de los que tienen estudios universitarios. Más aún, en el caso de las deficiencias físicas, la proporción de personas entre las personas analfabetas es siete veces superior a la de los universitarios. De hecho, a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye el nivel de deficiencias.

Igualmente, a medida que el nivel de ingresos familiares mensuales aumenta, la tasa de las personas con deficiencias disminuye. Así, por ejemplo, se observa un porcentaje de 25 % de

personas deficientes en los hogares con ingresos mensuales menores de 30.000 pts. y sólo un 5 % en los hogares con ingresos mensuales superiores a las 300.000 pts. Ese patrón se reproduce para cada grupo de edad. Por ejemplo, en la población infantil, el 80% de los menores de seis años con deficiencias residen en hogares con ingresos por debajo de las 100.000 pts. En el caso de los ancianos, el 90% con deficiencias tienen unos ingresos mensuales familiares hasta 100.000 pesetas, mientras que los que ingresan más de 300.000 pesetas al mes son sólo un 0,1 % (FOESSA, 1994).

Utilizando la Encuesta Nacional de Salud de 1987, un estudio realizado entre las mujeres de 20 a 44 años de edad, halló una asociación entre la prevalencia de varias enfermedades crónicas y los ingresos familiares netos. Así, en los dos grupos con ingresos menores, el riesgo de padecer enfermedades crónicas fue un 51% superior a las de los dos grupos situados en la posición más aventajada (Kunst y Mackenbach, 1995).

También mediante la misma encuesta se puso de manifiesto que a medida que disminuye el nivel de estudios aumenta la probabilidad de tener algún tipo de incapacidad temporal. En este sentido, aquellos con un nivel menor de estudios primarios, declararon haber restringido su principal actividad y haber guardado cama durante las dos semanas anteriores, 1,69 y 1,80 veces más que quienes tenían estudios universitarios respectivamente. Según la misma encuesta, en España la talla media declarada de los entrevistados varía según su nivel de estudios. Así, por ejemplo, en los hombres la talla de los universitarios es de 173 centímetros, mientras que en las personas con estudios por debajo de los estudios primarios la talla es sólo de 169 centímetros (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1994).

Mediante el análisis de la Encuesta Nacional de Salud de 1987, un trabajo reciente ha mostrado la existencia de una asociación inversa entre el nivel de educación y el hecho de presentar obesidad o un elevado índice de masa corporal (IMC). Por ejemplo, los hombres con un nivel de estudios inferior al de estudios primarios tuvieron un 75% más de riesgo de presentar obesidad en comparación con el grupo de universitarios, mientras que en las mujeres ese riesgo fue de casi 2,8 veces (Gutiérrez-Fisac, Regidor y

Rodríguez, 1995). Otro trabajo ha mostrado, en varias provincias de España, para el año 1988, la asociación existente entre los recién nacidos con bajo peso al nacer y el hecho de que sus padres pertenezcan a una ocupación de tipo manual (Rodríguez, Regidor, Gutiérrez-Fisac, 1995)

Una investigación basada en la encuesta realizada por CIRES en 1990, halló un claro gradiente en la percepción del estado de salud según tres indicadores socioeconómicos: la renta mensual familiar, el nivel educativo y la clase social subjetiva. De hecho, no sólo las personas más desfavorecidas evaluaron peor su estado de salud sino que «existió una relación lineal y diferencial entre el nivel de desventaja socioeconómico y la percepción del estado de salud» (Jovell, 1994). Igualmente, una encuesta realizada por FOESSA en 1993, ha mostrado una clara asociación entre el estado de salud percibido y la clase social subjetiva, el estatus ocupacional y el nivel de estudios. Así, por ejemplo, los porcentajes de personas que perciben estar enfermos o un poco enfermos fluctúa desde el 54% en el caso de personas analfabetas, al 19% en personas con estudios primarios o al 2% en universitarios. Además, las clases sociales más desfavorecidas muestran con más frecuencia problemas dentales, de oído y dolores de cabeza o espalda (FOESSA, 1994).

Una reciente investigación ha analizado, desde una perspectiva sociológica y demográfica, desigualdades sanitarias y sociales a partir de la utilización de la Encuesta Nacional de Salud de 1993. Más en concreto se ha presentado información relativa al nivel de salud subjetiva, los estilos de vida y la utilización de recursos sanitarios según distintas variables independientes: nivel de salud subjetiva, género, edad, estudios, clase social familiar, el tamaño del municipio de residencia y la Comunidad Autónoma (Collado y de Miguel, 1995).

Recientemente, el primer trabajo sobre desigualdades sociales en salud comparando las dos Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993, ha permitido estudiar la asociación entre el nivel de estudios de los encuestados, varias enfermedades crónicas percibidas y algunos factores de riesgo. Los autores concluyeron su estudio manifestando el aumento en los últimos años de «las diferencias socioeconómicas en salud». Así, al comparar en los hombres la frecuencia de fumadores sin estudios con los fumadores con estu-

dios de tercer grado, la razón pasó de 1,27 en 1987 a 1,75 en 1993. En el caso de los varones que bebían en exceso, mientras que en 1987 el porcentaje de bebedores excesivos entre los que no tenían estudios fue 1,84 veces mayor que en aquellos con estudios de tercer grado, en 1993, ese porcentaje fue 2,2 veces más alto (Regidor, Gutiérrez-Fisac, Rodríguez, 1995b). Un estudio sobre la evolución de la fecundidad adolescente en el período 1975 a 1985, mostró la existencia de importantes variaciones entre las provincias y las Comunidades Autónomas, señalando su asociación con los niveles de renta familiar disponible (Nebot, Canela y Vallés, 1992).

#### *Estudios de morbilidad, salud percibida y conductas asociadas con la salud de ámbito regional o local*

Una investigación realizada en Mallorca mostró una asociación positiva entre los casos incidentes de cáncer colo-rectal en los años 1982-1985 y el nivel de estudios, con la excepción del nivel de estudios superior. Por ejemplo, en el caso de las mujeres sin estudios la razón de incidencia estandarizada fue de 84 en comparación con 120 en aquellas que tenían bachillerato, o 116 en el caso de las que habían realizado enseñanza media o estudios superiores (Avella et al., 1988). Al estudiar la prevalencia de los marcadores de la hepatitis B en una muestra de la población de Cataluña, se halló un nivel más elevado de los mismos entre la población con un más bajo nivel de educación, así como el hecho de pertenecer a los grupos ocupacionales de clases social más desfavorecidas (Salleras et al., 1992).

El análisis de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986, permitió observar un nivel de salud percibida peor entre las clases sociales más desfavorecidas (IV-V) en comparación con las clases sociales mejor situadas (I-II). Así, por ejemplo, mientras en las primeras el porcentaje de población ajustado por edad que declaró tener una salud general buena o muy buena fue del 68 %, en las segundas el porcentaje se elevó al 82 % (Alonso y Antó, 1988). También a partir de la información de la Encuesta de Barcelona de 1986, otro estudio detectó entre la población desempleada, y muy especialmente entre la que no recibe ningún subsidio, un peor estado de salud percibida, una mayor proporción de hábitos poco

saludables como fumar o hacer menos ejercicio físico, un mayor número de enfermedades crónicas, más enfermedades psicológicas y una mayor utilización de los servicios sanitarios. Un análisis mediante un modelo de regresión logístico, mostró cómo la mayor parte de esas diferencias podían ser mejor explicadas por la existencia de una combinación de características individuales y socioeconómicas (Rodríguez, 1994). Un trabajo comparativo de las tres Encuestas de Salud realizadas en Barcelona en 1983, 1986 y 1992, mostró el mantenimiento de las desigualdades en el estado de salud percibido, la existencia de trastornos crónicos, la limitación de la actividad y el encamamiento durante las dos semanas anteriores a la entrevista durante el período estudiado. Además, cada vez más, tanto entre hombres como en mujeres, el hábito tabáquico tiende a aumentar relativamente en las clases más desfavorecidas y en los grupos de población con menos estudios. Así, por ejemplo, los hombres analfabetos o sin estudios según el nivel de estudios incrementaron notablemente su consumo. En el caso de las mujeres, durante el período 1983 a 1992 la prevalencia de fumadoras de la clase I, pasó del 49 al 30%, mientras que, en cambio, en la clase V la prevalencia aumentó del 16 al 18 % (Borrell, 1995).

El estudio de la descripción de las tasas de fecundidad adolescente en los distintos distritos de Barcelona, permitió mostrar la fuerte asociación existente entre la maternidad adolescente y el nivel socioeconómico de los distritos de la ciudad. Así, se observó cómo en el caso de Ciutat Vella, uno de los distritos socioeconómicamente más deprimidos, la tasa de fecundidad adolescente triplicó a la del promedio de la ciudad (Valero, Nebot y Villalbí, 1994).

En un estudio realizado en 1989 en la ciudad de Elche, aunque no se mostró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y cigarrillos y el nivel de ingresos familiar, en cambio, si se observó la relación entre poseer unos ingresos superiores a 150.000 pesetas y haber realizado más de dos intentos de dejar de fumar (Silvestre et al, 1990). Un estudio ecológico realizado en los barrios de Valencia en el período de 1989 a 1990, permitió observar, a partir de la información suministrada por una cadena de supermercados, el patrón de consumo de alimentos en los distintos estratos socioeconómicos de la ciudad. En concreto, el estudio ob-

servó el hecho de que a mayor nivel socioeconómico existe un mayor consumo de alimentos más saludables siendo la tendencia, además, hacia un incremento en la desigualdad entre los barrios (Gutiérrez, Márquez y Colomer, 1994). Un estudio realizado en Valencia durante 1992, halló una prevalencia de trastornos psíquicos más de ocho veces superior entre quienes manifestaron hallarse en una situación de empleo inestable o entre los desempleados de más de 6 meses de duración respecto al grupo de personas con empleo estable (Garrido, et al., 1994).

Un estudio realizado en el municipio de Madrid, mostró la relación entre la situación de desempleo y el hecho de tener una peor salud. En concreto, dos factores modulaban esta relación: el estrés económico y el apoyo familiar y social (del Llano, 1991). Una encuesta realizada en 1987 en la Comunidad de Madrid, mostró la fuerte asociación existente entre el grado de nivel educativo y el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del SIDA. Así, tener 6 o menos años de educación incrementaba por cuatro la probabilidad de tener un nivel de conocimientos sobre el SIDA bajo en comparación con haber tenido un nivel de escolarización de 10 o más años (Peruga, Celentano y Navarro, 1993).

#### *Estudios sobre uso y acceso de servicios de ámbito estatal*

En España, varios trabajos han descrito los recursos sanitarios humanos y técnicos existentes, así como el peso de los sectores público y privado en los mismos, o las preferencias de la población (FOESSA, 1994). Por otra parte, mediante la utilización de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, publicada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística, es posible acercarse a la pauta de utilización de estos servicios sanitarios, según la edad, el género y la provincia (Caís, Castilla y de Miguel, 1991; FOESSA, 1994). No obstante, la inexistencia de indicadores sociales, imposibilita el análisis de las desigualdades de salud por clase social.

El análisis de la Encuesta Nacional de Salud de 1987 ha proporcionado, hasta el momento, la mejor aproximación al conocimiento del uso de servicios sanitarios en el ámbito estatal. Un estudio observó menores tasas en la consulta al dentista durante los últimos tres meses según el nivel

de estudios e ingresos familiares. Por ejemplo, quienes tenían estudios universitarios tenían un 85 % más de probabilidades de haber acudido al dentista en comparación con quienes sólo tenían estudios primarios (González y Regidor, 1988). Analizando la información, contenida en la misma encuesta, sobre el acceso a consultas dentales privadas otro estudio llegó a conclusiones complementarias: tanto la renta familiar como el estatus ocupativo del cabeza de familia aumentan la probabilidad de acudir al dentista privado (Guillén, 1991). También mediante el análisis de la misma encuesta, otro trabajo mostró cómo las personas con peor posición socioeconómica declararon tener peor estado de salud y un mayor uso de los servicios sanitarios. Sin embargo, al tener en cuenta el estado de salud la situación se invertía. De este modo, entre quienes declaran tener un estado de salud deficiente, son los grupos socioeconómicos altos quienes utilizan más los servicios (Fernández, 1993).

#### *Estudios sobre uso y acceso de servicios de ámbito regional o local*

El análisis de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986 mostró, a igual grado de necesidad, un menor acceso al médico, al dentista y al hospital entre las clases sociales más desfavorecidas. Por ejemplo, entre las personas que declararon tener un grado de salud deficiente (salud mala o muy mala), fueron hospitalizados el 32 % de las personas de las clases más aventajadas (I y II), en comparación con el 9 % en las clases menos favorecidas (IV y V) (Alonso y Antó, 1988). A partir del análisis de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1992, un estudio realizado en las mujeres de más de 29 años, mostró la existencia de una clara asociación entre poseer un nivel de clase social o estudios elevado, y la realización de un mayor número de prácticas preventivas en ginecología. Por ejemplo, las mujeres que se declararon analfabetas realizaron visitas ginecológicas con una frecuencia cuatro veces inferior a las mujeres con estudios universitarios (Rohlf's, 1994). Igualmente, en la Encuesta de 1992, se observaron desigualdades en salud en la realización de citología cervical periódica según clase social (Borrell, 1995).

Un estudio caso-control realizado en Valencia, permitió observar una mayor utilización de servicios ginecológicos en la mujer climatérica

entre las mujeres de clase social alta y aquellas que carecían de apoyo social (Ruiz, Montero y Hernández-Aguado, 1993). En un trabajo realizado en una muestra de niños de la ciudad de Cádiz se halló una peor cobertura vacunal del tétanos y la poliomielitis, entre los niños de nivel socioeconómico bajo respecto a los de nivel medio y alto (Cruz y Almises, 1990).

En un estudio exploratorio realizado durante el período de 1988 a 1990 en la Comunidad Valenciana entre 232 pacientes que habían sobrevivido a un infarto agudo de miocardio, se constató una asociación de tipo positivo entre el nivel ocupacional, el estatus laboral, la escolarización y el nivel de ingresos con la actividad física, la autonomía en la vida diaria y, en el caso del nivel de ingresos y la escolarización, con la percepción de la salud (Gutiérrez, Latour, López et al., 1994).

Aunque buena parte de los estudios examinados presentan limitaciones metodológicas importantes, y con frecuencia, en el plano científico, los resultados deben interpretarse con cautela, la conclusión es clara: en España existen desigualdades sociales en salud a pesar de los progresos que se han realizado en su disminución, sobre todo en la reducción de las desigualdades en la utilización y accesibilidad de servicios sanitarios.

#### **4.2. Limitaciones en las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud**

Como hemos visto en el apartado anterior, tanto la cantidad como la calidad de las investigaciones sobre desigualdades en salud en España han aumentado notablemente en los últimos años y, como ya se comentó, muchos estudios tienen una gran calidad. No obstante, en comparación con los países más avanzados, las limitaciones en este campo de investigación son aún muchas. Veamos las más importantes. En primer lugar, los estudios sobre desigualdades en salud son todavía relativamente escasos a nivel nacional y están repartidos en forma muy distinta entre las Comunidades Autónomas, algunas de las cuales, carecen de ellos. Un reciente informe ha señalado la muy baja utilización del término clase social en salud en la producción científica de nuestro país (Sociedad Española de Epidemiología, 1995) (SEE). En segundo lugar, en bas-

tantes casos los estudios realizados son de difícil acceso, o no están formalmente publicados. En tercer lugar, raramente es posible valorar la evolución de las desigualdades a lo largo del tiempo y, en general, los estudios son poco comparables entre sí. En cuarto lugar, diversos temas de salud de gran relevancia no pueden ser investigados. Así, para el conjunto de España, y para las distintas clases sociales, no es posible estudiar indicadores de salud como las tasas de mortalidad infantil, la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de incapacidad o las tasas de mortalidad (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1994). Finalmente, tampoco se dispone de información sobre el estado de salud y las enfermedades que padecen determinados colectivos o poblaciones marginadas. Así, si en España las personas consideradas como pobres se calculan entre 7 y 8 millones de personas y los analfabetos en más de un millón, la población marginada, entre la que se incluyen mendigos, indigentes sin hogar, inmigrantes, toxicómanos, prostitutas, gitanos y reclusos, puede estimarse en un mínimo de medio millón de personas (Zaldívar y Castells, 1992; VV.AA., 1994; FOESSA, 1994; Argentaria, 1995). Debido a todas las circunstancias enunciadas en este apartado, creemos que la situación es muy preocupante. Muchas son las causas, algunas de tipo general y otras de tipo específico, que explican esta situación. En el plano general, las causas principales deben buscarse en el corto desarrollo histórico de la salud pública en España fruto del vacío existente durante la dictadura franquista, en la escasa sensibilidad manifestada por los profesionales de la salud acerca de la relación existente entre los fenómenos sociales y la salud y, finalmente, en el aún limitado interés existente por el tema de las desigualdades en salud tanto en la comunidad científica como en los medios de comunicación. En el plano más concreto hallamos otra razón especialmente relevante: las limitaciones de las fuentes de información disponibles en nuestro país, lo cual se debe tanto a la falta de comparabilidad de las variables sociales en los sistemas de información sanitarios, como a la ausencia de variables sanitarias en otros sistemas de información en los que sí se dispone de variables sociales.

En conjunto, estas limitaciones tienen que ver, sobre todo, con la carencia de tres elementos: la disponibilidad, la homogeneidad y la calidad de la información.

En lo que se refiere a la disponibilidad, en los sistemas de información sanitaria la ausencia de variables sociales es manifiesta. Hay pocas fuentes de información en las que sea posible usar las variables sociales relacionadas con las variables de salud. Esto es especialmente grave en el caso de las fuentes de información que se generan en forma sistemática o rutinaria, ya que, debido a su bajo coste y alta accesibilidad, permitiría estudiar la evolución de las desigualdades a lo largo del tiempo. Así, por ejemplo, una fuente de información de tanto interés como la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria no incluye ningún indicador de clase social. Por otra parte, el censo de población, aun siendo una fuente de información muy valiosa, se realiza cada diez años, y no contiene en sí mismo información sanitaria. Una excepción a esa tendencia general es el registro de nacimientos, en el cual la ocupación del padre es cumplimentada en más del 97% de los casos (SEE, 1995).

En relación con la homogeneidad, la mayoría de fuentes de información accesibles son poco comparables entre sí. Así, a pesar de la enorme importancia de encuestas como la de Deficiencias y Discapacidades en 1986 (EDDM86), las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993 (ENSE87 y ENSE93) o la Encuesta sobre Hábitos de Vida de 1989 (EHV89), los indicadores de clase social disponibles presentan varios inconvenientes: son escasos, poco comparables entre sí y en algunos casos no se han explicado suficientemente sus fuentes.

Las Encuestas Nacionales de Salud presentan varias limitaciones para el análisis de las desigualdades en salud. En efecto, aunque las dos encuestas miden la salud subjetiva y el uso de servicios sanitarios de las personas no institucionalizadas, sus características generales así como las variables sociales que incluyen son distintas y afectan en gran medida a su comparabilidad.

En lo que se refiere a sus características generales cabe señalar que fueron realizadas en momentos del año muy distintos (el mes de julio en el caso de la ENSE87 y el mes de febrero en la ENSE93); que algunas de sus preguntas fueron formuladas en forma diferente; y finalmente, que el ámbito geográfico sobre el que es posible extraer conclusiones (nivel de representatividad provincial en la ENSE87 y autonómico en la ENSE93) es distinto. Destaquemos los princi-

pales problemas en cuanto a las variables sociales de las encuestas (Benach y García, 1994). En primer lugar, el uso de indicadores de clase social diferentes o de categorías distintas impide compararlas. Así, el indicador «ingresos» económicos (salario de la familia y del encuestado) sólo fue recogido en la encuesta de 1987 no habiendo respuesta, además, en alrededor del 40 % de los encuestados. Por este motivo este indicador no fue incluido en la encuesta de 1993. En segundo lugar, ni las categorías de «ocupación», ni las de «estudios» de ambas encuestas son directamente comparables. La clasificación de ocupación de la ENSE87 no concuerda con ninguna otra clasificación utilizada en investigaciones sobre la salud y mezcla conceptos tan distintos como la profesión, la ocupación, el régimen respecto a la seguridad social y la posición en la jerarquía de una organización. En tercer lugar, en cuanto a la situación laboral de los encuestados y de los cabezas de familia la situación es algo mejor, dado que en ambas encuestas, los grupos son más comparables que en los casos anteriores. En cuarto lugar, en la Encuesta de 1993 se utilizó una modificación de la clasificación de estatus social «Esomar Social Grade» del Eurobarómetro de la Comunidad Europea (Marbeau, 1992), obtenida a partir de la educación y la ocupación, que no ha sido validada para estudiar las desigualdades en salud.

En los Boletines Estadísticos de Defunción (BED) el problema es doble: por un lado la cumplimentación de la variable «ocupación» es muy baja, por otro, hay una escasa desagregación de la información disponible. En concreto, en 1980 la variable ocupación no fue cumplimentada en casi el 36 y 29 % de los varones y mujeres fallecidos, respectivamente. Si añadimos los casos que figuran como «estudiantes», «sus labores» y «jubilados», «retirados» o «pensionistas», la información inadecuada es del 82 % en los varones y casi el 99 % de las mujeres. Además, la información ha empeorado progresivamente a lo largo de los últimos 15 años (SEE, 1995). Por otra parte, la clasificación de las ocupaciones a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) está desagregada en pocas categorías (sólo tienen un dígito) lo que impide su adaptación a la clasificación de clase social británica. Por todo ello, a partir de la información rutinaria existente en los certificados de defunción o en los censos de población, actualmente no es posible realizar estudios de ámbito nacional sobre desi-

gualdades sociales en salud en los que se tome como unidad de análisis a los individuos.

A los problemas ya mencionados, se añade el hecho de que en España la Ley de la Función Estadística Pública de 1989 y la Ley Orgánica de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (LORTAD) de 1992, imposibilitan la obtención de datos de tipo individual, así como la conexión de datos sanitarios con datos sociales procedentes de otras fuentes de información (Martín y Tormo, 1994). En este sentido, tampoco es posible la obtención directa de datos de salud procedentes de áreas pequeñas como los municipios.

#### 4.3. Soluciones coyunturales: la lógica de este estudio

Así pues, ¿cuáles son las alternativas actualmente posibles para estudiar las desigualdades sociales en la mortalidad, la morbilidad y el uso y acceso a los servicios sanitarios en nuestro país?

En relación con la mortalidad se plantearon dos posibilidades. En primer lugar, aprovechar al máximo nivel posible la información existente a nivel individual en los certificados de defunción, mediante la selección del sexo, la edad y las provincias en las que la información tiene mejor calidad. Como ya se dijo, este estudio ha sido realizado recientemente (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1995a). Otra alternativa, consistía en la realización de un muestreo de las defunciones, obteniéndose los datos sociales necesarios para realizar el análisis a partir de una encuesta de familiares o personas próximas a los fallecidos. Este método, por otra parte costoso e inexacto, ha sido utilizado en países como Estados Unidos (Navarro, 1990). La segunda alternativa posible, ampliamente usada internacionalmente, es la realización de estudios ecológicos en áreas geográficas pequeñas que estudien la asociación de varios indicadores sociales con indicadores de salud como la mortalidad (Benavides, Segura y Godoy, 1991). En España, utilizando las estadísticas rutinarias de mortalidad, los datos del último Censo de población, y tomando como unidad geográfica primaria el municipio, ha sido posible, a pesar de las limitaciones existentes, la realización de este estudio (ver capítulo 5.1).

En cuanto al estado de salud y al uso y acceso de servicios sanitarios, es posible comparar diversos indicadores de las dos encuestas nacionales de salud con las variables sociales disponibles en ambas encuestas: el nivel de estudios, la situación laboral de los entrevistados y la ocupación.

Como ya se comentó, en un trabajo reciente se ha estudiado la morbilidad crónica percibida de algunas enfermedades y las conductas asociadas a la salud según el nivel de estudios, y se han hallado pruebas claras de la existencia de desigualdades en salud (Regidor, Gutiérrez-Fisac, Rodríguez, 1995b). Sin embargo, desde un plano conceptual el nivel de estudios no parece tener en España la misma utilidad que en otros países. Ello se debe fundamentalmente a dos razones. En primer lugar, la existencia de diferencias en el nivel de educación según la edad impide, en determinados casos, que las clases sociales sean adecuadamente clasificadas. Así, para la población de más edad, determinadas ocupaciones de las clases sociales I y II (como profesionales o empresarios) no poseen en muchos casos estudios superiores. Según datos de 1991, 117 de cada 1.000 varones de 25 a 29 años eran titulados superiores, en comparación con 76 en la población de 50-54 años y 48 en la población de más de 65 años (de Miguel, 1992). En segundo lugar, la capacidad discriminativa de este indicador puede verse limitada debido a la distribución muy uniforme que la educación tiene en nuestro país, en comparación con los países de nuestro entorno. Así, entre los países de la OCDE, España es después de Turquía y Portugal el país en el que la proporción de personas con un nivel de estudios bajo es mayor. De hecho, casi el 80% de la población entre 25 y 64 años sólo tiene estudios de primer ciclo de educación secundaria (INE, 1994).

Las categorías ocupacionales disponibles tienen dos limitaciones importantes: primero, la falta de concordancia de los grupos ocupacionales entre sí impide que las encuestas sean directamente comparables; segundo, al existir un número de categorías de ocupación muy escaso, no es posible realizar una adaptación directa a la clasificación ocupacional británica como la propuesta por ejemplo por Domingo y Marcos a partir de la CNO (Domingo y Marcos, 1989).

A pesar de estas limitaciones, en el presente trabajo ha sido posible obtener una clasificación de clase social ad hoc basada en la ocupación que

resulta adecuada para el estudio de las desigualdades sociales en salud en el caso español. Mediante el uso de esta clasificación se cubren dos objetivos: por un lado, estimar la existencia y evolución de las desigualdades sociales en salud mediante la comparación de ambas encuestas; por otra parte, utilizar una clasificación lo más parecida posible a la clasificación ocupacional británica, es decir, un instrumento potente y robusto para medir desigualdades en salud con una muy larga tradición en el ámbito internacional.

Llegados a este punto, es preciso hacer varias observaciones de interés. A pesar de las grandes dificultades que existen en España para analizar las desigualdades sociales en salud, es importante señalar que es posible y necesario realizar estudios sobre estas desigualdades e incidir sobre ellas. Este informe presenta información empírica documentando las desigualdades sociales en salud en España, detallando también ejemplos de cómo varias instituciones han incidido sobre ellas a fin de disminuirlas, mostrando cómo es posible mejorar la salud de la población a través de la disminución de las desigualdades. El informe también contiene recomendaciones específicas para mejorar los sistemas de información necesarios para estudiar las desigualdades sociales en salud. Sólo queda, por último, terminar este apartado con la expresión de una esperanza, a saber, que la publicación de este informe estimule un debate que subraye la importancia de lo que ya se ha hecho por parte de varias instituciones pero sobre todo de lo mucho que queda todavía por hacer.

## **5. LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA**

### **5.1. Desigualdades en la mortalidad (1990-1992)**

#### **5.1.1. Estudio de los indicadores**

Entre los trabajos para estudiar las desigualdades en mortalidad realizados en el ámbito internacional, los estudios ecológicos o agregados tienen una larga tradición. Aunque las limitaciones de los estudios ecológicos han sido ampliamente comentadas (Piantadosi, Byar y Green, 1988; Greenland, 1992; Morgenstern, 1982, 1995), sus ventajas, tanto de tipo práctico como teórico, son también notables. En relación

con el primer aspecto, las razones de su utilidad en el caso español han sido ya apuntadas en el capítulo anterior. En cuanto a las ventajas de tipo teórico, las siguientes razones hacen de los estudios ecológicos una alternativa adecuada a los trabajos realizados con información obtenida a nivel individual (Schwartz, 1994; Susser, 1994). En primer lugar, porque permiten tener en cuenta factores del medio geográfico o social (contextuales) que no pueden medirse a partir de la información obtenida de los individuos. En segundo lugar, por su utilidad como instrumento de planificación de políticas sanitarias en las áreas geográficas que se estudian. En tercer lugar, por sus costos relativamente bajos. Finalmente, porque se utilizan para generar hipótesis sobre los determinantes que afectan a la salud, que en determinadas circunstancias pueden llegar a ser, incluso, más útiles que las obtenidas de los estudios individuales.

En España los estudios ecológicos sobre desigualdades en salud sólo se han realizado en el ámbito regional o provincial y, en algunas ciudades, en áreas más pequeñas como los distritos o los barrios. Sin embargo, aunque la información municipal más allá de variables básicas como la superficie territorial y el número de viviendas y habitantes es muy escasa (Argentaria, 1995), cada día es más factible realizar estudios sobre desigualdades a nivel de áreas geográficas pequeñas. En este sentido, utilizando las estadísticas rutinarias de mortalidad y los datos del Censo de población, y tomando como unidad geográfica primaria los municipios, pueden llevarse a cabo estudios geográficos de ámbito nacional a nivel más desagregado que el nivel provincial.

Con este enfoque, se ha realizado por primera vez en España un estudio ecológico de áreas geográficas pequeñas, en el que se describen las desigualdades en algunos indicadores globales de tipo social y de mortalidad y se efectúa una primera aproximación al estudio de la asociación entre ambos indicadores. Sin embargo, debido a que una de las principales limitaciones de este tipo de estudios es el denominado efecto de las «unidades de área modificables» (Jones y Moon, 1987; Walford, 1995), es decir, las variaciones en los coeficientes de correlación según el nivel de agregación espacial que consideremos, se presentarán los resultados a tres niveles: a nivel de áreas geográficas pequeñas (zonas), a nivel de Comunidades Autónomas y a nivel de regiones

(agrupaciones de Comunidades Autónomas). Así, mostraremos las desigualdades en la mortalidad por todas las causas y en varios grupos de causas de mortalidad agrupadas para el período 1990-1992, así como las desigualdades socioeconómicas o de «privación material» en 1991. Como sea que el término «privación material» (material deprivation) tiene una larga tradición en estudios de ámbito internacional análogos al aquí realizado, se ha optado también en este caso por respetar esa terminología.

Como punto de partida se han seleccionado los 8.077 municipios de España del año 1991. Estos constituyen las mínimas unidades geográficas de las que se dispone de datos de mortalidad. Sin embargo, como por razones de confiabilidad estadística no fue posible obtener información de mortalidad en los municipios menores de 3.500 habitantes, y como era necesario disponer de un mínimo tamaño de población, se procedió, mediante un sistema de información geográfico (SIG), a agregar estos municipios en áreas geográficas mayores (zonas) de un mínimo de 3.500 habitantes. Además, con el objetivo de garantizar la máxima homogeneidad posible en las zonas, se han seguido dos criterios adicionales en la realización de la agrupación de los municipios pequeños: por un lado, respetar al máximo su cercanía geográfica; por otro, tener en cuenta su proximidad en sus niveles de renta.

De ese modo, tal y como se observa en la tabla 1, se han obtenido un total de 2.221 zonas distribuidas entre las distintas Comunidades Autónomas.

Como indicadores sociales se consideraron varios indicadores sociales del censo de 1991, ampliamente utilizados en estudios similares al aquí realizado: analfabetismo (porcentaje de analfabetos), desempleo (porcentaje de desempleados), propiedad de la vivienda (porcentaje de viviendas de alquiler), hacinamiento (porcentaje de viviendas con más de una persona por habitación) y clase social (porcentaje de trabajadores manuales). También se tuvo en cuenta la estimación de la renta realizada por el Instituto Klein (Central Hispano, 1994).

De todos los indicadores sólo se utilizaron finalmente los dos primeros, atendiendo a tres criterios: su interrelación (colinealidad), su capacidad explicativa, y su sencillez. Los dos

**Tabla 1**  
Municipios, zonas y porcentaje de reducción  
de los municipios a zonas por Comunidad Autónoma

Comunidades autónomas	Número de municipios	Número de zonas	% de reducción
C. León	2.248	241	11
Cataluña	942	290	31
C. Mancha	915	170	19
Andalucía	766	405	53
Aragón	729	84	12
Valencia	539	208	39
Extremadura	380	119	31
Galicia	313	219	70
Navarra	265	48	18
Euskadi	247	103	42
Madrid	178	68	38
La Rioja	174	23	13
Cantabria	102	41	40
Canarias	87	70	80
Asturias	78	47	60
Baleares	67	44	66
Murcia	45	39	87
Ceuta	1	1	100
Melilla	1	1	100
<b>España</b>	<b>8.077</b>	<b>2.221</b>	<b>27</b>

indicadores relativos a la vivienda fueron descartados debido a su alto nivel de homogeneidad y poca capacidad discriminativa: la existencia de un alto nivel de viviendas en régimen de propiedad, y un bajo número de viviendas con hacienamiento (Argentaria, 1995). En cuanto al indicador de clase social mencionado, se halla más asociado con el grado de urbanización, lo cual conduce a minusvalorar el grado de privación material de las zonas rurales. Finalmente, el nivel de renta no mostró una mayor capacidad explicativa a la de los dos indicadores utilizados:

el desempleo (número de parados dividido por la población activa) y el analfabetismo (número de analfabetos dividido por la población de más de 10 años).

#### *Descripción de los indicadores de privación material*

A partir de los indicadores de desempleo y analfabetismo, y utilizando la metodología propuesta por Townsend (Townsend, Phillimore y Beattie 1988), se construyó un índice sintético de privación material que resumía la información aportada por ambos indicadores dando igual peso a ambos.

El índice sintético muestra la posición relativa de cada zona o Comunidad Autónoma respecto a la situación promedio de España a la que se atribuye un valor de cero. En este sentido, una puntuación negativa significa poseer un menor nivel de privación material (y por tanto un mejor nivel socioeconómico), en tanto que un valor positivo implica un nivel más elevado de la privación material. Con el fin de facilitar la presentación e interpretación de los resultados, estas puntuaciones han sido agrupadas en 5 categorías. Así, mientras que el nivel 1 representa a la categoría más aventajada o con menor privación material, el nivel 5 es la categoría más desfavorecida o con mayor privación material. De este modo, como se observa en la tabla 2, a medida que aumenta el índice sintético de privación material aumenta también el porcentaje de desempleados y el de analfabetos.

Las Comunidades Autónomas con un mayor porcentaje de desempleados son fundamentalmente las que poseen un alto nivel de actividad agrícola latifundista, como Andalucía o Extremadura, con tasas de desempleo próximas al 30%, así como las que poseen un alto nivel de

**Tabla 2**  
Variación de los indicadores de privación material según el índice sintético de privación material  
Categoría del índice sintético (puntuación)

	1 (-2.2 a -1.2)	2 (-1.2 a -0.3)	3 (-0.3 a 1)	4 (1 a 3)	5 (3 a 8.3)
% Desempleados	9,4	15	20,3	27,7	40,5
% Analfabetos	1,2	1,7	3,5	6,5	10,6

actividad industrial en crisis, como Euskadi y Asturias (Córdoba y García, 1991). Por otra parte, las Comunidades Autónomas con el mayor nivel de analfabetismo son aquellas que históricamente han tenido un menor nivel de renta y más población rural: Andalucía, Extremadura, Murcia o Castilla la Mancha (tabla 3). Por ejemplo, Andalucía con menos del 18% de la población española concentra casi un tercio de los analfabetos existentes en nuestro país.

En los mapas 1 y 2 podemos apreciar el patrón espacial sur-suroeste que muestran las zonas con el mayor porcentaje de analfabetos y desempleo respectivamente.

Las comunidades que se encuentran en la mejor situación, y por tanto presentan un índice sintético negativo, son La Rioja, Aragón, Navarra y Cataluña. Las Comunidades con mayor privación material y un índice sintético de signo positivo son por este orden: Andalucía, Extremadura, Canarias, Castilla la Mancha, Murcia, y también Ceuta y Melilla (figura 1).

Al igual que ocurre en los mapas de desempleo y analfabetismo, el índice sintético muestra un claro patrón sur-suroeste (mapa 3).

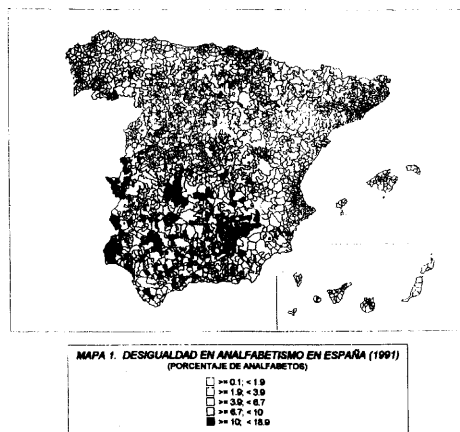
Por otra parte, el análisis de las zonas muestra con claridad como las Comunidades Autónomas de La Rioja, Cantabria, Aragón y Navarra poseen los mayores porcentajes de población y zonas en los niveles más aventajados (índices sintéticos 1 y 2). Por el contrario, en Andalucía,

**Tabla 3**  
**Indicadores de desempleo y analfabetismo por Comunidad Autónoma en 1991**

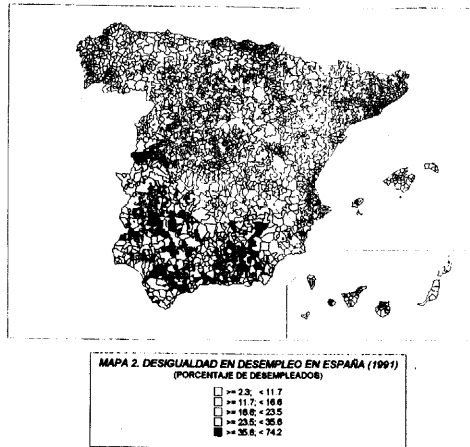
Comunidades autónomas	Desempleados (%)	Analfabetos (%)
Andalucía	28,5	6,1
Extremadura	28,4	6,5
Canarias	27,1	4,3
<b>España</b>	<b>20</b>	<b>2,4</b>
Euskadi	19,4	1,2
Valencia	19,2	3
Asturias	18,5	1
Cantabria	18,1	0,7
Baleares	17,4	2,7
Murcia	17,2	4,4
Galicia	16,3	3,1
C. León	15,8	1,4
Cataluña	15	2,3
Navarra	14,9	1
C. Mancha	14,7	6,1
Madrid	14,2	2
La Rioja	12,9	1,2
Aragón	12,5	1,8
Melilla	29,1	8,2
Ceuta	30,1	7

Extremadura, Canarias y Castilla la Mancha es donde se concentra el mayor número de residentes en zonas con más privación material (índices sintéticos 4 y 5) (tabla 4).

**Mapa 1**  
**Desigualdad en analfabetismo en España (1991)**



**Mapa 2**  
**Desigualdad en desempleo en España (1991)**

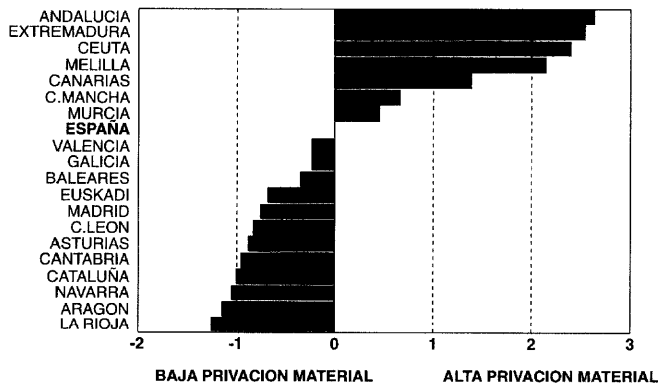


Si observamos con un mayor detalle todos los niveles del índice sintético, parecen dibujarse tres patrones: un primer grupo de regiones de «nivel alto», situadas en el norte del país, como La Rioja, Cantabria, Aragón y Navarra, en las que predomina un elevado porcentaje de población y zonas con un nivel de índice sintético de 1 y 2; un grupo de regiones de «nivel medio», en el que se incluyen Valencia y Galicia, que presentan un elevado número de habitantes y zonas de nivel 2 y 3 con un pequeño número de zonas de nivel 4; finalmente, un grupo de regiones de «nivel bajo», situadas en el sur del país, en el que figuran las comunidades más deprimidas, como

Andalucía, Extremadura o Canarias, con un elevado porcentaje de población y zonas situadas en nivel 4 y 5 o, como en el caso de Murcia, un gran número de habitantes y zonas en los niveles 3 y 4 (figuras 2 y 3).

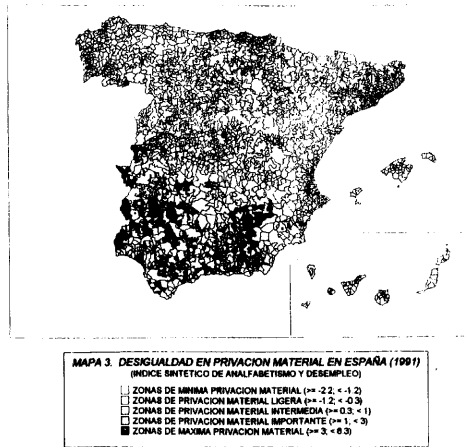
En la tabla 5, podemos observar el índice sintético de cada una de las Comunidades Autónomas. Las comunidades incluidas en la región de «nivel alto» presentan los índices sintéticos más negativos, las regiones de «nivel medio» tienen un índice sintético de ligero signo negativo y, finalmente, todas las comunidades incluidas en la región de «nivel bajo» muestran un índice sintético de signo positivo (tabla 5).

**Figura 1**  
**Índice sintético de privación material por comunidad autónoma**



Mapa 3

## Desigualdad en privación material en España (1991)



Destaquemos que el moderado índice negativo de Baleares probablemente se ve influido por el elevado nivel de desempleo estacional (17%) que tenía esa Comunidad Autónoma en el momento de realización del Censo.

Al analizar las características de las tres regiones citadas, observamos cómo los indicadores sociales o de privación material, el por-

centaje de zonas deprimidas (incluidas en los niveles 4 y 5 del índice sintético) o la población que vive en ellas, difieren claramente entre sí (figuras 4 y 5).

Así, por ejemplo, en la región de «nivel alto» menos del 1% de la población vive en zonas definidas como deprimidas (índice sintético 4 y 5). Por contra, en la región de «nivel bajo» más de la

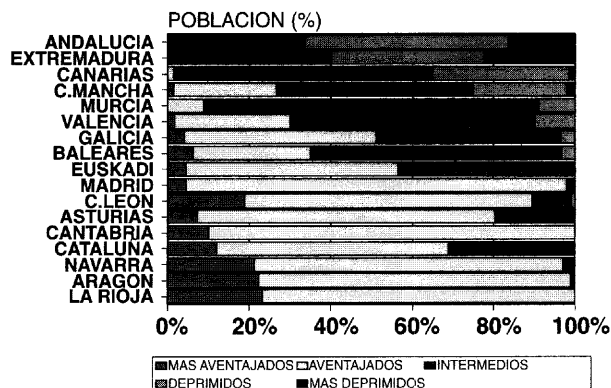
Tabla 4

## Distribución de la población total y población según índice sintético (1 y 2 zonas aventajadas, 4 y 5 zonas deprimidas) de las zonas por Comunidad Autónoma

Comunidades autónomas	Población total	% de población en las zonas con índice sintético 1 y 2	% de población en las zonas con índice sintético 4 y 5
Extremadura	1.061.852	0	59,7
Ceuta	67.615	0	100
Melilla	56.600	0	100
Andalucía	6.940.522	0,2	66,3
Canarias	1.493.784	1,6	34,9
Murcia	1.045.601	8,8	8,9
C. Mancha	1.658.446	26,6	25
Valencia	3.857.234	30,1	9,8
Baleares	709.138	35,2	3,2
<b>España</b>	<b>38.872.268</b>	<b>49,6</b>	<b>17,8</b>
Galicia	2.731.669	51,3	3,6
Euskadi	2.104.041	56,7	0
Cataluña	6.059.494	69	0
Asturias	1.093.937	80,4	0
C. León	2.545.926	89,4	0,9
Navarra	519.277	96,8	0
Madrid	4.947.555	97,7	0,2
Aragón	1.188.817	98,7	0
Cantabria	527.326	100	0
Rioja	263.434	100	0

Figura 2

Distribución de población en las categorías de índice sintético por Comunidad Autónoma



mitad de la población vive en zonas calificadas como deprimidas (tabla 6).

La utilización de los indicadores sociales a nivel de áreas pequeñas, permite confirmar la conocida desigualdad existente entre la España del nor-noreste y la España del sur-suroeste. Así, diversos trabajos han apuntado la desigualdad socioeconómica existente en las zonas separadas por la «diagonal de contraste» Noroeste-Sureste que cruza España desde Ribadeo y Llanes en el norte hasta Torreveja en el sur. En este sentido, mientras que la región norte del país se caracteriza por tener el máximo nivel de riqueza y de desarrollo social, la región agrupada geográfica-

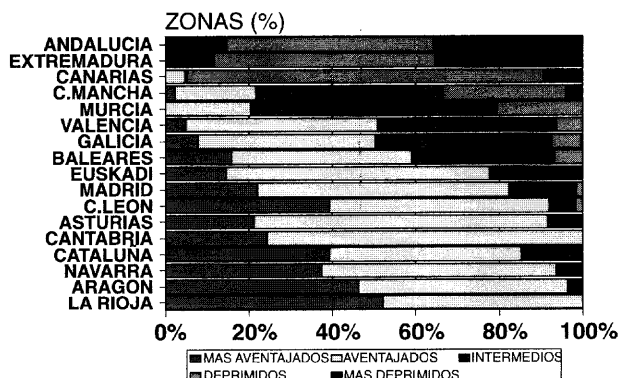
mente en el sur, se ha caracterizado históricamente por poseer los menores niveles de renta y de desarrollo (Córdoba y García, 1991; Méndez y Molinero, 1993).

*Descripción de los indicadores de mortalidad*

Para describir la mortalidad por todas las causas de muerte así como algunos de los grandes grupos de causas de mortalidad, se han seleccionado tres indicadores generales. En primer lugar, la tasa bruta de mortalidad (TBM), es decir, el número de defunciones anuales por cada 100.000 habitantes, indicador que permite caracterizar la

Figura 3

Distribución de zonas en las categorías de índice sintético por Comunidad Autónoma



**Tabla 5**  
**Índice sintético y población por región y comunidad autónoma**

Comunidades autónomas	Población total	% de población en las zonas con índice sintético 1 y 2	% de población en las zonas con índice sintético 4 y 5
«Región nivel alto»	-0,89	19.958.945	51,3
Rioja	-1,25	263.434	0,7
Aragón	-1,14	1.188.817	3,1
Navarra	-1,05	519.277	1,3
Cataluña	-1	6.059.494	15,6
Cantabria	-0,95	527.326	1,3
Asturias	-0,88	1.093.937	2,8
C. León	-0,83	2.545.926	6,5
Madrid	-0,75	4.947.555	12,7
Euskadi	-0,68	2.104.041	5,4
Balears	-0,34	709.138	1,8
«Región nivel medio»	-0,23	6.588.903	17
Valencia	-0,23	3.857.234	9,9
Galicia	-0,24	2.731.669	7
«Región nivel bajo»	1,98	12.324.420	31,7
Andalucía	2,63	6.940.522	17,8
Extremadura	2,54	1.061.852	2,7
Ceuta	2,39	67.615	0,2
Melilla	2,14	56.600	0,1
C. Canarias	1,38	1.493.784	3,8
C. Mancha	0,66	1.658.446	4,3
Murcia	0,45	1.045.601	2,7

mortalidad ocurrida en una población determinada sin que eliminemos el efecto que sobre ella tiene un factor tan importante como la estructura de edades. En segundo lugar, la tasa de mortalidad estandarizada por edad (TME) con la que, al

eliminar artificialmente el efecto de la edad, podemos comparar la mortalidad de las poblaciones. Finalmente, la razón de mortalidad comparativa (RMC), se obtiene de dividir dos tasas de mortalidad estandarizadas por el método directo

**Figura 4**  
**Indicadores de privación material (analfabetismo y desempleo) por región**

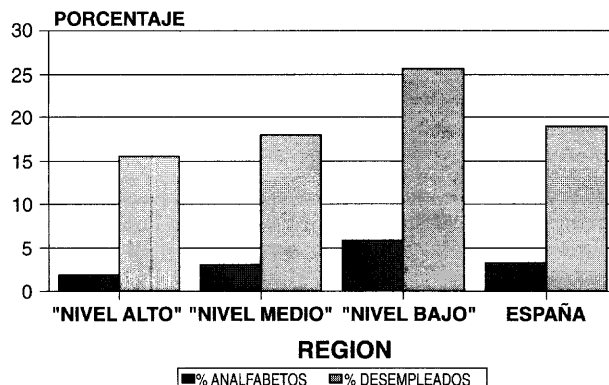


Figura 5

Distribución de población y zonas deprimidas (índice sintético 4 y 5) por región

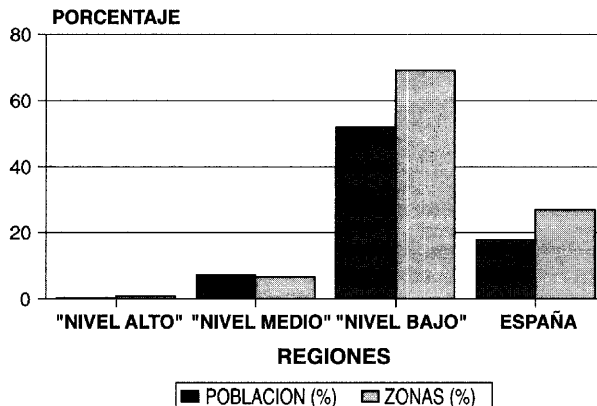


Tabla 6

Población total y población que vive en zonas deprimidas (ind. sintético 4y 5) por región (número absoluto y %)

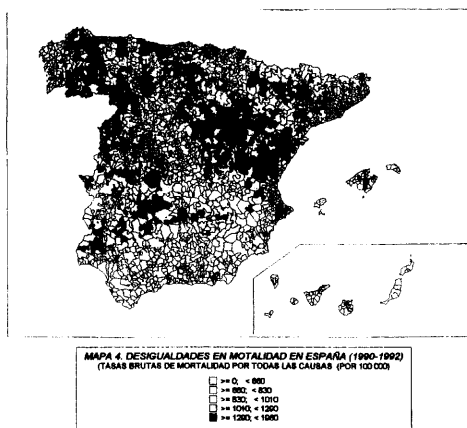
	<i>total de población</i>	<i>población en zonas deprimidas</i>	<i>% de población que vive en zonas deprimidas</i>
«Región nivel alto»	19.959.945	56.734	0,28
«Región nivel medio»	6.588.903	472.358	7,16
«Región nivel bajo»	12.324.420	6.388.014	51,83
<b>España</b>	<b>38.872.268</b>	<b>6.917.106</b>	<b>17,79</b>

(Rué y Borrell, 1993) lo cual, por tanto, permite su comparación. Así, por ejemplo, si dividimos la TME de una Comunidad Autónoma por la TME de todo el país, un valor superior a 100 nos indicará una superior mortalidad en la Comunidad Autónoma, mientras que un valor menor a 100 indicará una mortalidad inferior.

En relación a la distribución geográfica de la tasa bruta de mortalidad, observamos cómo las zonas localizadas en la mitad norte del país poseen una tasa de mortalidad más elevada (mapa 4) lo que es lógico, ya que la población más envejecida del país se halla precisamente en esa zona (mapa 5). Al utilizar las tasas de morta-

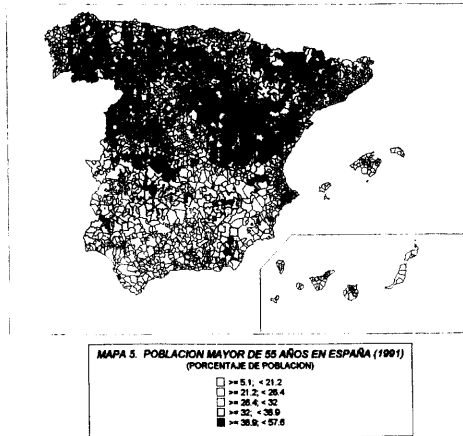
Mapa 4

Desigualdad en mortalidad en España (1990-1992)



Mapa 5

## Población mayor de 55 años en España (1991)



lidad estandarizadas por edad se invierte por completo el patrón anterior. Las zonas localizadas en la región de «nivel bajo» son las que tienen niveles de mortalidad estandarizada más elevados o, lo que es lo mismo, niveles de la razón de mortalidad comparativa más elevados (mapa 6). Así, se reproduce el patrón espacial del índice sintético de privación material (mapa 3), dado que la mayor parte de zonas con un nivel de mortalidad más elevado se concentran en la región sur-suroeste.

Por lo que respecta a la mortalidad por todas las causas, y usando como instrumento compara-

tivo la RMC, destaca la peor situación de Baleares y de varias comunidades situadas en la región «nivel bajo»: Ceuta, Murcia, Andalucía y Canarias, así como la mejor situación de comunidades como Castilla León, Navarra y Aragón (tabla 7). Por ello, este estudio confirma el patrón hallado en otros estudios presentados a nivel de las Comunidades Autónomas (INE, 1994; SES-PAS, 1995).

En las figuras 6 y 7 vemos en forma gráfica el fenómeno descrito anteriormente en forma espacial. En las Comunidades Autónomas del sur tienden a concentrarse los mayores porcentajes

Mapa 6

## Desigualdades de mortalidad en España (1990-1992)

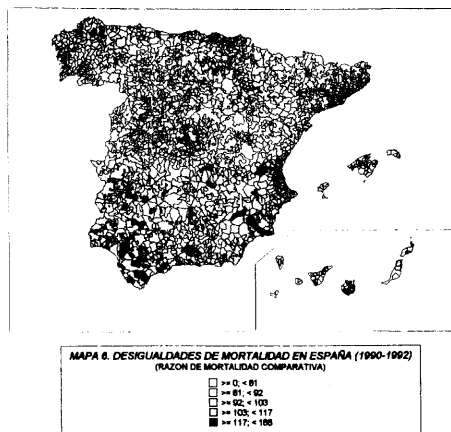


Tabla 7

Población en zonas con RMC &gt; 110 (%) y RMC por todas las causas (valores absolutos y posición relativa)

Comunidades autónomas	% Población en zonas RMC > 110	RMC todas causas	Posición relativa población RMC > 110	Posición relativa RMC todas causas
Andalucía	59,5	108,4	1	2
Baleares	57,9	108	2	3
Canarias	43,9	106,1	3	4
Extremadura	33,3	104	4	6
Murcia	29,8	108,4	5	1
Valencia	25,9	105,9	6	5
Asturias	17,9	103,6	7	7
C. Mancha	5,4	95,3	8	12
Galicia	9,8	99,5	9	8
Madrid	7,2	93,2	10	14
Cataluña	4,8	98,1	11	9
Cantabria	4,6	95,6	12	11
Euskadi	4	97,1	13	10
La Rioja	3,5	94,3	14	13
Aragón	1,4	91,4	15	15
C. León	0,8	88,6	16	17
Navarra	0,9	89,2	17	16

de población viviendo en zonas con RMC superiores a 110, así como los mayores porcentajes del número de zonas que se hallan en esa situación. Tal es el caso de Extremadura y Andalucía, Canarias y Murcia. Por contra, varias Comunidades Autónomas situada al norte del país (Aragón, Navarra y Castilla León) tienen los menores porcentajes de zonas y de población con

RMC superior a 110. Las dos excepciones a este patrón general son Madrid, en el caso del porcentaje de zonas, y Baleares, tanto en el caso del porcentaje de población como en el del número de zonas.

La comparación entre Comunidades Autónomas de la distribución de la población en

Figura 6

Distribución de la población en zonas con RMC > 110 (%) por comunidad autónoma, ordenadas según su nivel del índice sintético general

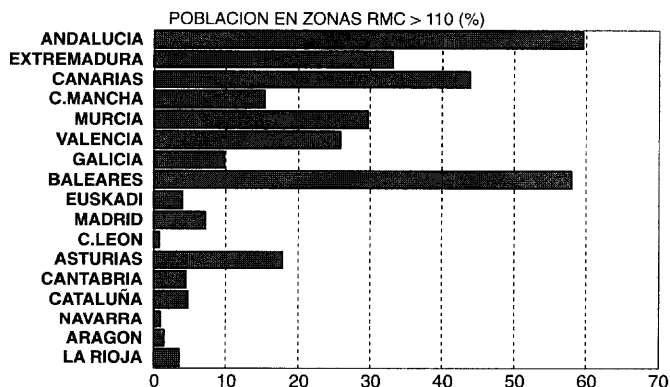
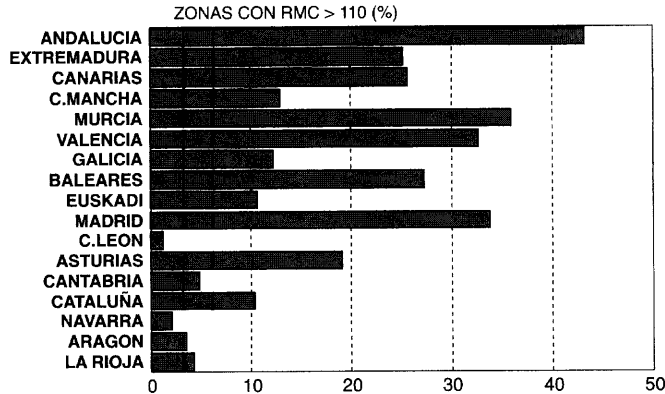


Figura 7

Distribución del número de zonas con RMC > 110 (%) por Comunidad Autónoma, ordenadas según su nivel del índice sintético general



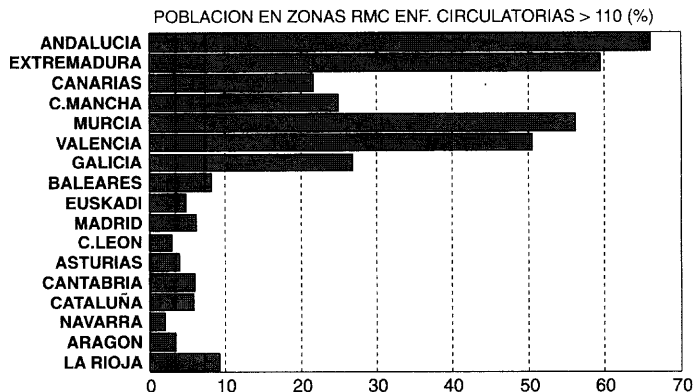
zonas con RMC mayor de 110 por todas las causas permite realizar dos observaciones interesantes. Por un lado, mejora la situación de Euskadi, por otro, se observa un empeoramiento relativo en las comunidades de Madrid, Andalucía, Extremadura y Castilla la Mancha, las tres últimas de las cuales se hallan situadas en lo que hemos denominado la región socioeconómica de «nivel bajo». En este sentido, se reproduce globalmente el patrón de desigualdad detectado en el estudio descriptivo de la privación material. Esa situación es aún más preocupante, si tenemos en cuenta que, salvo en el caso de

Castilla la Mancha y Canarias, durante el período comprendido entre 1985 y 1991 las comunidades situadas en la región de «nivel bajo» han disminuido su mortalidad por todas las causas a menor ritmo (SESPAS, 1995).

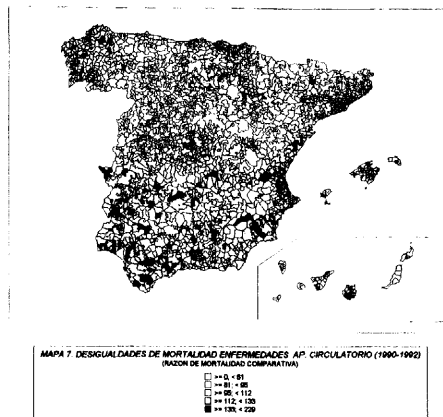
El análisis de las causas de muerte permite observar dos patrones distintos en las causas de muerte más frecuentes: las enfermedades circulatorias y los tumores malignos. En el primer caso, la población que vive en zonas con RMC por enfermedades circulatorias mayor de 110 predomina en las comunidades con mayor grado de privación material (figura 8 y mapa 7). En cambio, en el

Figura 8

Distribución de la población en zonas según nivel de mortalidad por enfermedades circulatorias por Comunidad Autónoma, ordenadas según su nivel del índice sintético general



**Mapa 7**  
**Desigualdades de mortalidad enfermedades ap. circulatorio (1990-1992)**



caso de los tumores malignos, no se observa un patrón claro. Las zonas con RMC superior a 110 parecen tener una distribución aleatoria por todo el país, de manera que no se distinguen las zonas anteriormente mencionadas (figura 9 y mapa 8).

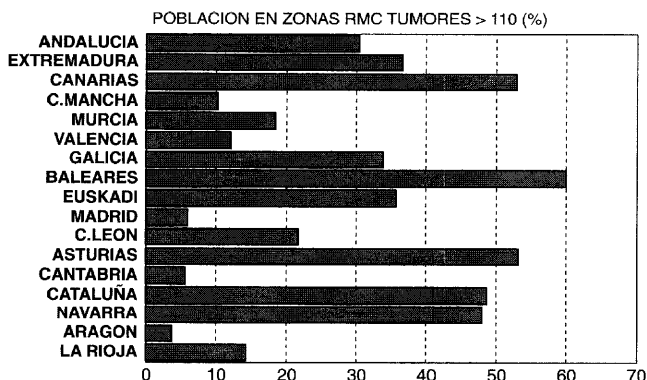
*Análisis de la asociación entre indicadores de privación material y mortalidad*

Para estudiar la asociación entre la privación material y la mortalidad, se han utilizado los siguientes indicadores: en cuanto a la privación material, el porcentaje de analfabetos, el porcentaje de desempleados y el índice sintético, y

como indicadores de mortalidad, la RMC por todas las causas y el porcentaje de población que vive en zonas con la RMC mayor que 110, es decir, aquellas zonas con una marcada desventaja relativa en su mortalidad. En este trabajo presentamos los resultados tanto a nivel de Comunidad Autónoma como de las zonas propiamente dichas.

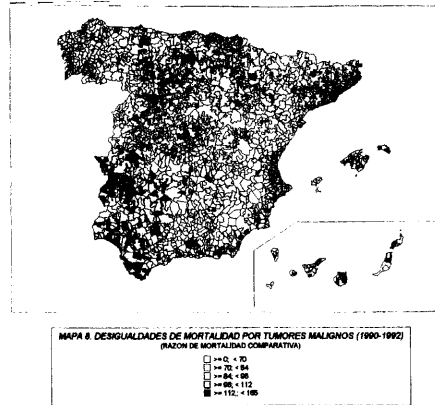
Al analizar, para las diversas Comunidades Autónomas, la relación entre el índice sintético de privación material y el porcentaje de población que vive en zonas con RMC superior a 110, se observa una clara asociación lineal: el aumento de la privación material en el índice sinté-

**Figura 9**  
**Distribución de la población en zonas según nivel de mortalidad por tumores malignos por comunidad autónoma, ordenadas según su nivel del índice sintético general**



Mapa 8

Desigualdades de mortalidad por tumores malignos (1990-1992)



tico se corresponde con un aumento en el porcentaje de zonas con RMC superior a 110. Esta tendencia se aprecia tanto para la mortalidad por todas las causas (figura 10), como en las enfermedades circulatorias (figura 11), pero no ocurre, tal y como se había mencionado anteriormente, en el caso de los tumores malignos (figura 12).

Las Comunidades Autónomas de la región de «nivel bajo» y «nivel medio» se caracterizan por presentar al mismo tiempo los mayores porcentajes de analfabetos y niveles de RMC mayores que 100. Entre las comunidades de esas regiones, sólo Castilla la Mancha y Galicia no cumplen ese patrón. En cambio, entre el resto de Comunidades Autónomas de la región de

«nivel alto» solamente Asturias muestra una RMC de mortalidad por todas las causas superior a la media de España (tabla 8). En la figura 13 observamos la asociación existente entre esos dos indicadores.

Algo similar ocurre con el porcentaje de desempleados y la RMC de la mortalidad por todas las causas. Con la única excepción de Castilla la Mancha y Valencia, las Comunidades Autónomas de la región de «nivel bajo y medio» muestran un RMC mayor que el promedio de España. Lo contrario ocurre, en general, en las comunidades de la región de «nivel alto». En las Comunidades Autónomas, hay una asociación lineal entre ambas variables (tabla 9 y figura 14).

Figura 10

Índice sintético y mortalidad (% población en zonas con RMC &gt; 110) por comunidad autónoma

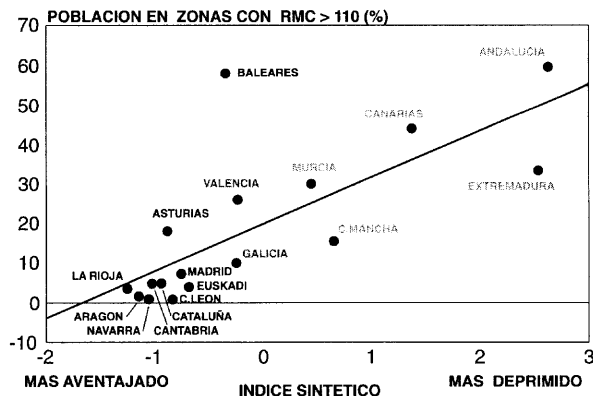


Figura 11

Índice sintético y mortalidad enf. circulatorias (% población en zonas con RMC > 110) por Comunidad Autónoma

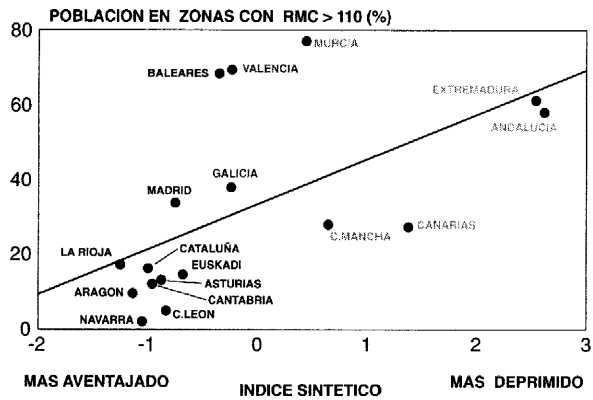


Figura 12

Índice sintético y mortalidad tumores (% población en zonas con RMC > 110) por Comunidad Autónoma

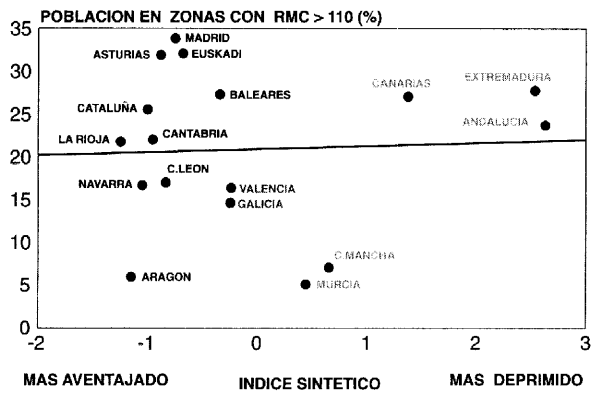


Figura 13

Porcentaje de analfabetismo y mortalidad (RMC mortalidad por todas las causas) por Comunidad Autónoma

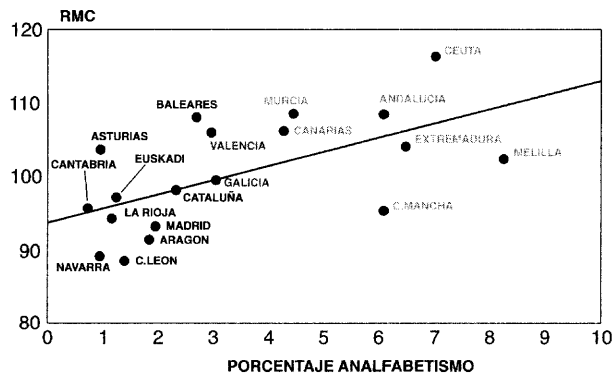


Tabla 8

Porcentaje de analfabetismo y RMC (mortalidad por todas las causas) por comunidad autónoma

Comunidades autónomas	Analfabetos (%)	RMC (todas las causas)
Melilla	8,2	102,3
Ceuta	7	116,3
Extremadura	6,4	104
Andalucía	6,1	108,4
C. Mancha	6,1	95,3
Murcia	4,4	108,4
Canarias	4,3	106,1
Galicia	3,1	99,5
Valencia	3	105,9
Baleares	2,7	107,99
<b>España</b>	<b>2,4</b>	<b>100</b>
Cataluña	2,3	98,1
Madrid	2	93,2
Aragón	1,8	91,4
C. León	1,4	88,6
Euskadi	1,2	97,1
La Rioja	1,2	94,3
Asturias	1	103,6
Navarra	1	89,2
Cantabria	0,7	95,6

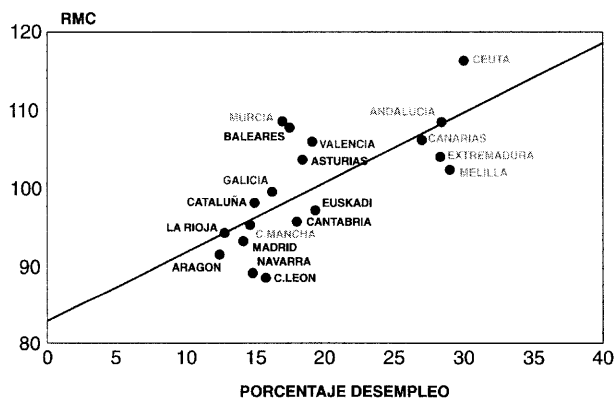
Tabla 9

Porcentaje de desempleo y RMC (mortalidad por todas las causas) por comunidad autónoma

Comunidades autónomas	Desempleados (%)	RMC (todas las causas)
Ceuta	30,1	116,2
Melilla	29,1	102,3
Andalucía	28,5	108,4
Extremadura	28,4	104
Canarias	27,1	106,1
<b>España</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Euskadi	19,4	97,1
Valencia	19,2	105,9
Asturias	18,5	103,6
Cantabria	18,1	95,6
Baleares	17,4	108
Murcia	17,2	108,4
Galicia	16,3	99,5
C. León	15,8	88,6
Cataluña	15	98,1
Navarra	14,9	89,2
C. Mancha	14,7	95,3
Madrid	14,2	93,2
La Rioja	12,8	94,3
Aragón	12,5	91,4

Figura 14

Porcentaje de desempleo y mortalidad (RMC mortalidad todas las causas) por Comunidad Autónoma

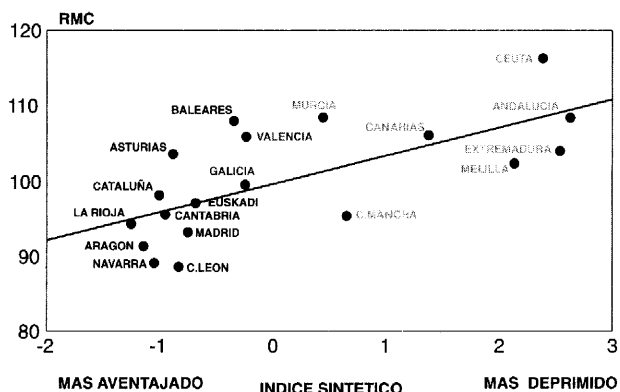


Cuando analizamos la asociación entre el índice sintético y la RMC, observamos el mismo patrón que en los dos casos anteriores: todas las Comunidades Autónomas con índice sintético positivo, con la sola excepción de Castilla la

Mancha, muestran niveles de RMC de la mortalidad por todas las causas superiores a 100 y al igual que en los casos anteriores una asociación lineal (tabla 10, figura 15). Estos resultados confirman los de trabajos anteriores

Figura 15

Índice sintético y mortalidad (RMC mortalidad todas las causas) por Comunidad Autónoma



según los cuales, de manera general, se había establecido la relación entre un mayor nivel de vida y un menor nivel de mortalidad (INE, 1994).

Finalmente, si ordenamos a las Comunidades Autónomas de acuerdo con su posición relativa respecto a varios indicadores de privación material y de mortalidad, vemos una fuerte relación entre ellos (tabla 11).

Tabla 10

Índice sintético y RMC (mortalidad todas las causas) por comunidad autónoma

Comunidades autónomas	Índice sintético general	RMC (todas las causas)
Andalucía	2,6	108,4
Extremadura	2,5	104,02
Ceuta	2,4	116,28
Melilla	2,1	102,33
Canarias	1,4	106,13
C. Mancha	0,7	95,35
Murcia	0,4	108,42
España	0	100
Valencia	-0,2	105,88
Galicia	-0,2	99,53
Baleares	-0,3	107,99
Euskadi	-0,7	97,11
Madrid	-0,7	93,23
C. León	-0,8	88,6
Asturias	-0,88	103,61
Cantabria	-0,95	95,63
Cataluña	-1	98,14
Navarra	-1,05	89,19
Aragón	-1,14	91,45
Rioja	-1,25	94,34

Tabla 11

Nivel de «privación material» y mortalidad todas las causas (RMC > 110) por comunidad autónoma

Comunidades autónomas	Posición relativa índice sintético	Posición relativa n.º zonas deprimidas	Posición relativa en RMC > 110
Andalucía	1	1	1
Extremadura	2	2	4
Canarias	3	3	3
C. Mancha	4	4	8
Murcia	5	6	5
Valencia	6	5	6
Galicia	7	7	9
Baleares	8	8	2
Euskadi	9	11	13
Madrid	10	10	10
C. León	11	9	17
Asturias	12	13	7
Cantabria	13	16	12
Cataluña	14	12	11
Navarra	15	14	16
Aragón	16	15	15
La Rioja	17	17	14

Hasta ahora hemos mostrado los resultados del análisis agregado por Comunidad Autónoma, seguidamente presentamos los resultados obtenidos a nivel de todas las zonas.

Los coeficientes de correlación de Spearman entre cada uno de los indicadores de privación material analizados y la RMC de la mortalidad por todas las causas en el conjunto de las 2.221 zonas son relativamente bajos y no alcanzan el valor de 0.30 en ningún caso. En cambio, el análisis de estratos de distinto tamaño poblacional permite observar variaciones importantes en los coeficientes de correlación. Mientras que, tomando las zonas como unidad de análisis, en las zonas con menos de 50.000 habitantes los coeficientes de correlación siguen siendo del mismo orden de magnitud, al tomar como unidades las zonas más pobladas (en las que vive más de la mitad de la población de España) se obtienen coeficientes de correlación mucho mayores, alrededor de 0.60 (tabla 12).

Diversas razones pueden explicar la variabilidad observada en los coeficientes de correlación según el tamaño poblacional de las unidades de análisis. En primer lugar, cabe la posibilidad de que existan sesgos o errores estadísticos: por un lado, porque desde el punto de vista estadístico, puede existir una mayor inestabilidad de las tasas en las zonas más pequeñas al haber números menores (Charlton et al., 1983); por otro, porque pueden existir sesgos en la calidad de la información utilizada, por ejemplo, en el registro de residencia de los fallecidos (Benavides, Segura y Godoy, 1991; Librero, Benavides y Godoy, 1993; Librero y Benavides, 1995); finalmente, pueden haber ocurrido cambios importantes (movilidad) en la población de las zonas estudiadas. En este sentido hay que recordar que las áreas pequeñas, de gran utilidad en cuanto a su información descriptiva y en la planificación de recursos sanitarios, pueden ser instrumentos ineficientes para estimar la causalidad en sociedades con un alto nivel de migración. En este caso, puede ocurrir que los datos a nivel más agregado tengan mayor validez (Illsley y Baker, 1991). Una segunda razón de tipo general se debe al hecho de que la sensibilidad del indicador puede cambiar según el tamaño del área que estamos utilizando. Por un lado, el índice sintético puede medir de manera distinta las características sociales de las zonas según cual sea su nivel de urbanización; por

Tabla 12

**Asociación entre razón de mortalidad comparativa, mortalidad por todas las causas e indicadores de privación material según tamaño poblacional**  
*Coefficientes de correlación de Spearman*

<i>Variables estudiadas</i>	<i>Población total</i>	<i>Zonas &lt; 50.000 habitantes</i>	<i>Zonas &gt;= 50.000 habitantes</i>
Índice sintético	0,29*	0,28*	0,62*
% de analfabetos	0,25*	0,25*	0,59*
% de desempleados	0,29*	0,28*	0,57*
% de clase social trabajadores manuales	0,21*	0,23*	0,06
RENTA (estimación de I. Klein 1992)	-0,21*	-0,20*	-0,60*

(\*) P < 0.001.

otro, el hecho de ser analfabeto o estar desempleado puede tener un significado cualitativamente distinto en el modo de vida según el nivel de urbanización que estamos analizando. Finalmente, debido al efecto de unidades de área modificables, puede ocurrir que los indicadores de privación material estén en la práctica relativamente poco asociados con los de mortalidad en las zonas más pequeñas y sí lo estén realmente a un nivel mayor de agregación.

En las figuras 16 y 17 observamos, para las zonas con más de 50.000 habitantes, la asociación lineal existente entre el porcentaje de desempleados y el porcentaje de analfabetos con la RMC (por todas las causas de muerte) respectivamente. En la tabla 13 se muestran los coeficientes de regresión respectivos obtenidos a partir de un modelo de regresión múltiple. En este sentido, en las zonas mayores de 50.000 habitantes, el porcentaje de analfabetos y el de desempleados, explican matemáticamente el 35% y el 38% de la variabilidad de la RMC, respectivamente, mientras que el índice sintético explica el 49% de la variación.

El análisis de los resultados con el conjunto de las 2.221 zonas permite observar cómo, con la única excepción del nivel 5, a medida que se incrementa el nivel del índice sintético de privación material, se incrementa la RMC (figura 18).

Figura 16

Asociación entre porcentaje de desempleados y razón de mortalidad comparativa (zonas >=50.000)

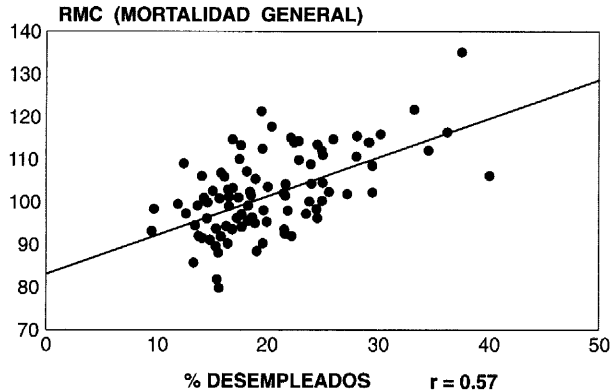


Tabla 13

Modelo de regresión entre la RMC para la mortalidad por todas las causas e indicadores de privación material (zonas >=50.000)

Variables estudiadas	R2 (coeficiente determinación)	B (coeficiente regresión)	Beta (coeficiente regresión estandarizado)
% de analfabetos	0,35	2,38*	0,38
% de desempleados	0,38	0,66*	0,42

$$RMC = 82,4 + 2,37 (\% \text{ analfabetos}) + 0,66 (\% \text{ paro})$$

R= 0,70    R2= 0,49    \* P < 0,001

En esta figura y en las figuras siguientes, se representan, para cada nivel del índice sintético, valores puntuales e intervalos de confianza del 95% que dan idea de la precisión de la estimación puntual y de la variabilidad estadística de la asociación.

En las figuras 19 y 20 observamos una asociación positiva entre los indicadores de privación material y la mortalidad. Así, a medida que se incrementa el porcentaje de desempleados o de analfabetos, también lo hace la RMC (figuras 36 y 37). No obstante, mientras que en el primer caso, la tendencia solamente cambia en el nivel 5, para el analfabetismo, la tendencia no es tan

Figura 17

Asociación entre porcentaje de analfabetos y razón de mortalidad comparativa (zonas >=50.000)

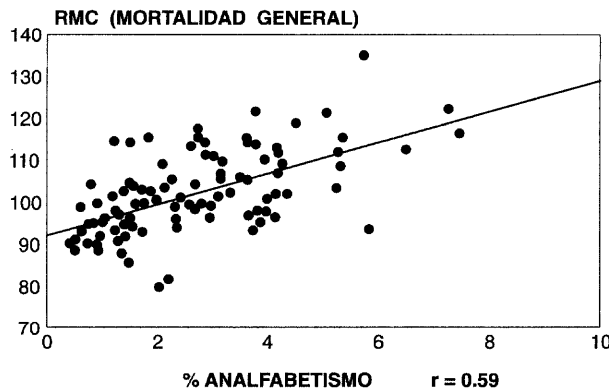


Figura 18

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) según nivel de índice sintético (desempleo, analfabetismo)

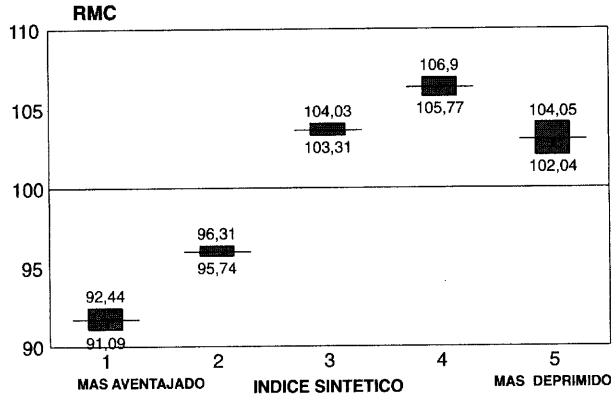


Figura 19

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para la mortalidad por todas las causas según nivel de desempleo

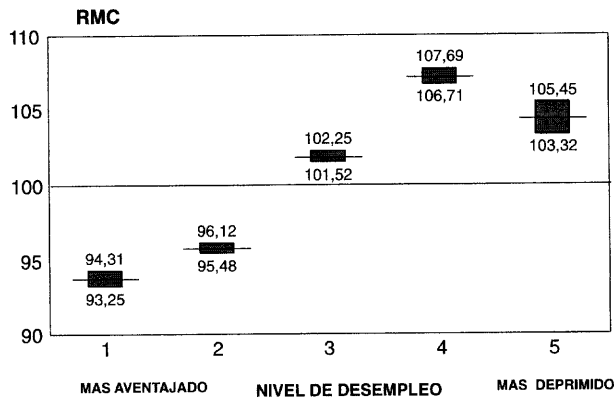
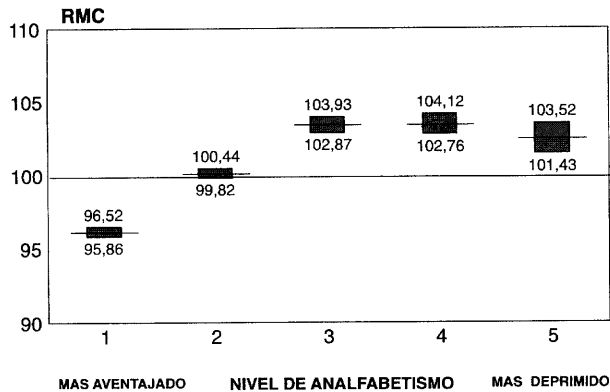


Figura 20

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para la mortalidad por todas las causas según nivel de analfabetismo



clara, y el nivel de la RMC parece estabilizarse a partir del nivel 3 del índice sintético.

Al utilizar como indicador socioeconómico la estimación del nivel de renta realizada por el Instituto Klein, observamos una asociación débil con la RMC. A medida que aumenta el nivel de renta se reduce la RMC aunque la tendencia no es muy marcada (figura 21).

La asociación entre el índice sintético y la RMC para varios de los grandes grupos de causas de mortalidad muestra distintos patrones. Por un lado, al igual que en el caso de la mortalidad por todas las causas, a medida que aumenta la privación material se aprecia un incremento de la RMC en los grupos de enfermedades de los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo (figuras 22, 23 y 24).

Igualmente, se observa una asociación entre el índice sintético de privación material y la RMC para el grupo de enfermedades infecciosas y Sida, aunque en este caso es una asociación negativa, en la cual a partir del nivel 2 del índice sintético, la RMC disminuye de manera sostenida (figura 25). Probablemente el patrón hallado se deba al distinto efecto de las enfermedades infecciosas y el Sida.

En la mortalidad por causas externas parece distinguirse una asociación de tipo inverso (figura 26). En cambio, en el grupo de los tumores malignos, se aprecia un patrón en forma de U invertida (figura 27).

### 5.1.2. Conclusiones

Este trabajo ha realizado la primera aproximación al estudio de las desigualdades sociales en salud en áreas pequeñas en todo el territorio nacional. No obstante, al tener como objetivo principal la descripción de las desigualdades sociales en mortalidad a distintos niveles geográficos, este estudio no ha permitido despejar otros interrogantes como, por ejemplo, el análisis de las diferencias existentes a nivel rural y urbano o las desigualdades en salud dentro de las Comunidades Autónomas, un área de estudio de gran importancia y que requiere ser urgentemente estudiada. Además, las limitaciones de esta investigación son diversas. En el plano teórico la conceptualización y operacionalización de los indicadores de privación material es objeto de gran debate sin que hasta el momento exista consenso sobre cuál de ellos es más apropiado. En el plano metodológico, como ocurre en otros estudios de estas características, deben valorarse la existencia de sesgos e insuficiencias como las ya señaladas. Finalmente, desde el punto de vista práctico, el estudio ha utilizado la información disponible en el censo de población, sin que existiera control directo sobre la recolección, proceso y calidad de los datos.

No obstante, los resultados obtenidos, consistentes con trabajos anteriores, muestran con claridad las desigualdades sociales en la mortalidad en España en los años 1990-1992 a nivel de áreas pequeñas, Comunidades Autónomas y regiones.

Figura 21

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para la mortalidad por todas las causas según nivel de renta familiar (I. Klein)

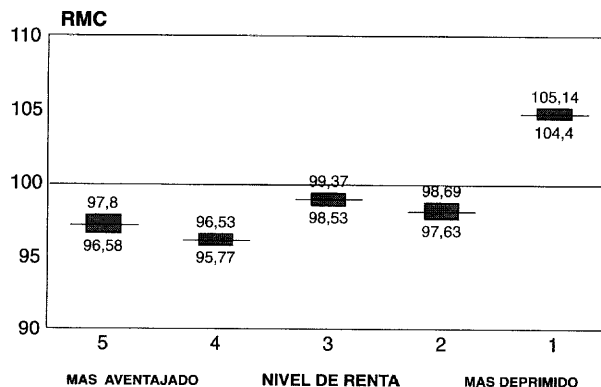


Figura 22

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades del aparato circulatorio según el índice sintético

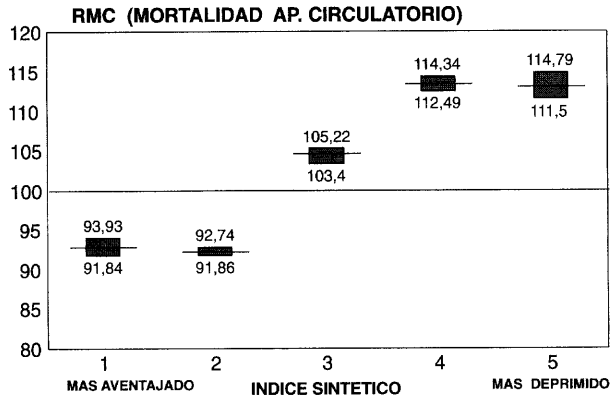


Figura 23

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades del aparato respiratorio según el índice sintético

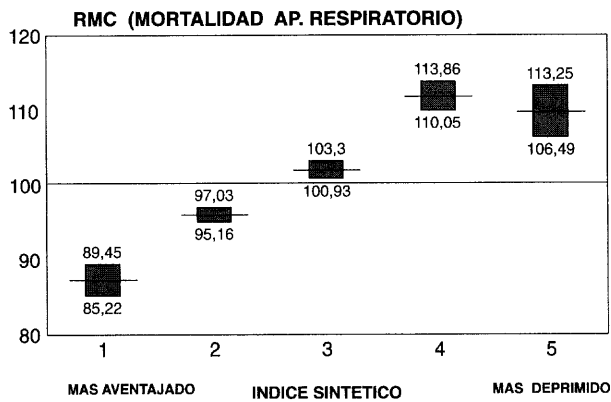


Figura 24

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades del aparato digestivo según el índice sintético

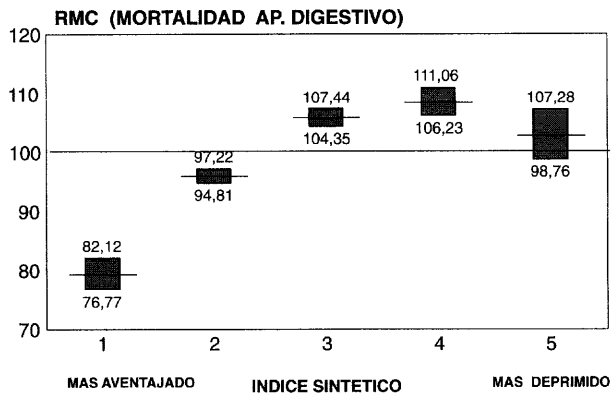


Figura 25

Niveles de RMC e intervalos de fianza (95%) para las enfermedades infecciosas y sida según el índice sintético

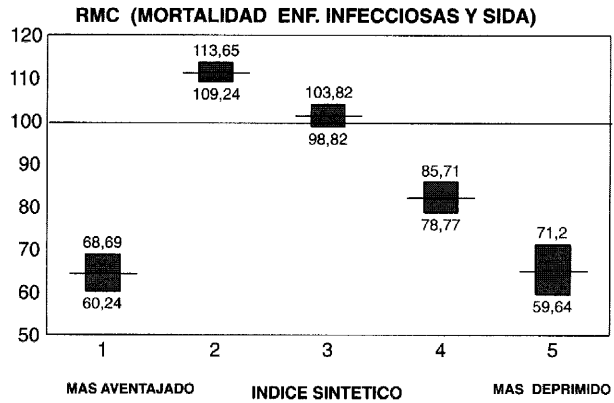


Figura 26

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las causas externas según el índice sintético

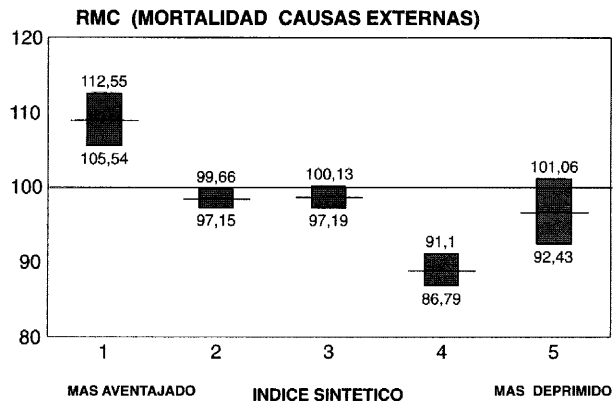
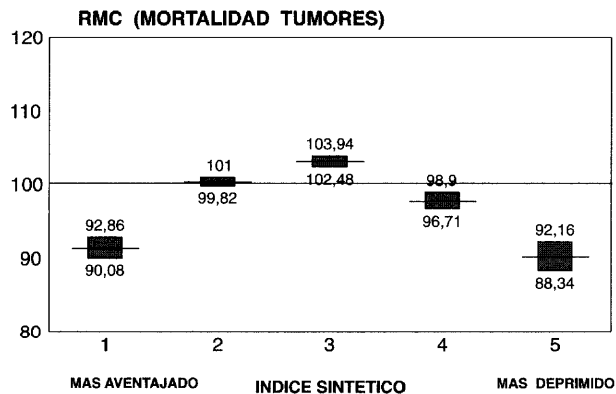


Figura 27

Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para los tumores malignos según el índice sintético



Más en concreto, los principales resultados son los siguientes. En primer lugar, se observan desigualdades en la privación material y en la mortalidad a nivel de áreas pequeñas, confirmándose en ambos casos la desigualdad entre la España del norte-noreste y la España del sur-suroeste. Así, en la región de «nivel alto» es muy bajo el porcentaje de la población que vive en zonas definidas como deprimidas (índices sintéticos 4 y 5) al tiempo que es poca la población que vive en zonas con una mortalidad elevada (RMC mayor que 110). Por el contrario, en la región de «nivel bajo» más de la mitad de la población vive en zonas calificadas como deprimidas y hay un porcentaje elevado de la población en zonas de alta mortalidad. En segundo lugar, se observa una asociación positiva entre varios indicadores sociales y la mortalidad en áreas pequeñas. Así, se ha constatado, tanto a nivel de Comunidades Autónomas como de áreas pequeñas, la asociación positiva entre las variables de privación material y de mortalidad. Por un lado, todas las Comunidades Autónomas con índice sintético positivo o mayor privación material, salvo Castilla-La Mancha, muestran niveles de RMC por todas las causas de más de 100 y tienen un elevado porcentaje de población viviendo en zonas con RMC superior a 110. Por otro lado, al igual que otros estudios realizados en áreas pequeñas, el estudio de las 2.221 zonas de España permite mostrar la asociación positiva existente entre los indicadores de privación material y un indicador de mortalidad general.

## 5.2. Desigualdades en salud en las Encuestas de Salud de 1987 y 1993

En España, las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993 (ENSE87 y ENSE93) permiten obtener por un lado, una visión de las desigualdades sociales en salud complementaria a la que ofrecen los estudios de mortalidad y, por otro, valorar el cambio acontecido entre ambos años. Más en concreto, pueden estudiarse y compararse por primera vez en el ámbito estatal, dimensiones de las desigualdades en salud como la salud percibida, las conductas relacionadas con la salud y el uso y acceso a los servicios sanitarios. En este sentido, el trabajo que aquí se presenta amplía la información hasta ahora disponible, utilizando un enfoque complementario al ofrecido por el único estudio sobre desigualdades sociales en salud que, hasta el momento,

ha comparado ambas encuestas (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1995b).

A continuación se describen las principales características de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993. La Encuesta de 1987 fue realizada durante el mes de julio, el universo muestral fue la población no institucionalizada de todo el país (sin incluir Ceuta y Melilla) y el tamaño de la muestra fue de 27.756 personas. La muestra fue representativa a nivel de provincia, siendo obtenida mediante muestreo estratificado. La Encuesta de 1993 fue realizada durante los meses de febrero y marzo, el universo muestral fue la población no institucionalizada de todo el país (incluyendo Ceuta y Melilla) y el tamaño de la muestra fue de 21.120 personas. La muestra fue representativa a nivel de Comunidad Autónoma, siendo obtenida mediante muestreo estratificado.

Para estudiar la salud en las clases sociales se ha realizado un estudio descriptivo de distintos indicadores sanitarios, según el sexo y la edad, teniendo en cuenta al mismo tiempo varios indicadores socioeconómicos.

Los indicadores de salud percibida estudiados han sido el estado de salud, la limitación de la principal actividad cotidiana y algunas enfermedades crónicas; en relación a las conductas asociadas con la salud se analizan el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el ejercicio físico en el tiempo libre y el sobrepeso; finalmente, en relación al uso de servicios se estudian las consultas médicas realizadas recientemente en los servicios sanitarios de atención primaria, las consultas médicas en centros sanitarios públicos o privados, el nivel de hospitalizaciones del último año, y las visitas al dentista.

Las variables sociales utilizadas son la clase social ocupacional, la estimación de renta por Comunidad Autónoma, el nivel de estudios, la situación laboral y el hábitat geográfico.

A partir de las ocupaciones declaradas en ambas encuestas, los individuos fueron asignados a una de las cuatro clases sociales obtenidas (desde la clase I a la clase IV según descendemos de mayor a menor nivel socioeconómico). En concreto, se obtuvieron las clases sociales utilizando alguno de los dos métodos siguientes: a partir de la adaptación de las ocupaciones o bien, en los individuos que carecían de ocupación propia, mediante el procedimiento de asignarles

**Tabla 14**  
**Ocupaciones y porcentaje de población asignado a cada clase social en las ENSE87 y ENSE93**

Clases	ENSE87 ocupaciones	ENSE93 ocupaciones	ENSE87 (%)	ENSE93 (%)
Clase I	Empresarios, profesionales liberales, directivos y cuadros medios de empresas y administración	Empresarios, profesionales, directivos y mandos intermedios	12	18
Clase II	Autónomos, capataces y contraмаestres, empleados oficina, propietarios agrícolas con asalariados	Autónomos, otros empleados de oficina	18	22
Clase III	Vendedores, empleados subalternos, trabajadores cualificados	Otros empleados y trabajadores cualificados	35	33
Clase IV	Trabajadores no cualificados, trabajadores agrícolas	Trabajadores manuales no cualificados, trabajadores agrícolas	35	27

la ocupación del cabeza de familia, tal y como se ha hecho en otras investigaciones (Arbor, 1994; Krieger y Fee, 1994).

Tanto las ocupaciones que componen las clases de ambas encuestas como la distribución de la población en cada una de las clases sociales fue razonablemente comparable (tabla 14). Sin embargo, se observa cómo la proporción de las clases sociales III y IV se ha reducido entre la ENSE87 y ENSE93, lo cual se relaciona bien con los cambios sociales que han tenido lugar en la sociedad española durante el período 1987-1993.

Para valorar el impacto de las diferencias regionales en nivel de vida sobre las desigualdades sociales en salud se procedió a clasificar a las Comunidades Autónomas en tres grupos de acuerdo a su nivel de renta familiar disponible por habitante, en términos de poder de compra. Para una determinada Comunidad Autónoma, este indicador económico refleja la renta regional per cápita ajustada según el nivel de precios de la región. En este informe se utiliza la renta familiar disponible en términos relativos, considerando como media nacional el valor 100% (Papeles de Economía Española, 1994). Las Comunidades Autónomas han sido clasificadas en tres niveles: el nivel 1, o comunidades con más del 110%, el nivel 2 o comunidades entre 90 y 110%, y el nivel 3 o comunidades con menos del 90% (tabla 15).

El nivel de estudios fue clasificado conforme a la agrupación realizada en la ENSE de 1993: 1) personas sin estudios, 2) personas que terminaron sus estudios entre los 14 y los 15 años, 3) personas que terminaron sus estudios entre los 16 y 19 años, y 4) personas con estudios medios

o universitarios. En cuanto a la actividad laboral, se clasificó a la población según su situación en el momento de realización de las encuestas en las siguientes categorías: trabajadores, parados, y jubilados en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, a estas tres categorías se le añadió una cuarta, la de trabajo doméstico, para las mujeres que realizaban labores del hogar. Por lo que hace al hábitat geográfico, se clasificó a los individuos conforme al número de habitantes de su municipio de residencia: menos de 10.000 habitantes, de 10.000 a 100.000 y más de 100.000.

Además del análisis descriptivo, se han ajustado distintos modelos de regresión logística. En todos los casos se ha seguido el mismo protocolo de análisis, construyendo los modelos para hombres y mujeres por separado y para cada encuesta. Las variables dependientes fueron tabaquismo (fumadores vs. exfumadores/no fumadores), consumo de alcohol (consumo alto vs. consumo moderado o nulo en hombres y con-

**Tabla 15**  
**Nivel de renta familiar disponible por habitante en las comunidades autónomas en 1987 y 1993**

Comunidades autónomas	1987	1993
La Rioja, Cataluña, Baleares	1	1
Madrid	1	2
Aragón	2	1
Navarra, Cantabria, País Vasco, Asturias, Castilla-León, Galicia, Valencia, Murcia	2	2
Castilla-La Mancha	3	2
Extremadura, Andalucía, Ceuta, Melilla	3	3

sumo alto o moderado vs. consumo bajo o nulo en mujeres, ejercicio físico (inactivo vs. ejercicio ocasional o regular) y peso (sobrepeso vs. normal o bajo peso). Como variables explicativas se han usado la clase social, la edad (numérica), el nivel de renta regional (media y baja), el estado civil (soltero, divorciado/separado/viudo), la situación laboral (trabajador y parado) y el tamaño del municipio (menos de 10.000 y entre 10.000 y 100.000). Aunque se han construido varios modelos, dado que los resultados obtenidos han sido similares, en este informe sólo se incluyen los resultados obtenidos mediante el modelo que usa como variables sociales además de la clase social, la edad, la renta, el estado civil y el tamaño del hábitat.

En todos los modelos se representan, para hombres y mujeres, los riesgos de las clases II, III y IV en comparación con el riesgo de la clase I. En las figuras donde se ilustran los resultados de los modelos de regresión logística se representan valores puntuales e intervalos de confianza del 95%. Los valores puntuales que exceden de uno indican un mayor riesgo de esa clase social (en relación con la clase I) de presentar el comportamiento o la situación de riesgo analizada. Los valores puntuales e intervalos de confianza del 95% dan idea de la precisión de la estimación puntual y de la variabilidad estadística de la asociación. Así, cuando se compara cualquier clase social con la clase I, cuando el intervalo de confianza de las clases II, III y IV, no incluye el valor uno, la diferencia con la clase I es estadísticamente significativa.

### 5.2.1. Desigualdades en la salud percibida (1987-1993)

#### *Estado de salud percibido*

Uno de los indicadores más utilizados en las encuestas de salud es el estado de salud percibido, el cual refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural. Este indicador es un buen predictor de la esperanza de vida, el nivel de mortalidad, tener enfermedades crónicas y la utilización de servicios sanitarios (Kaplan y Camacho, 1983; Weinberger et al., 1986; Idler y Angel, 1990).

En las encuestas de 1987 y 1993 se preguntó a los entrevistados que valoraran su propia salud. En ambas encuestas las respuestas podían ser: muy buena, buena, regular, mala, muy mala. Para el análisis de este informe se agruparon aquellos individuos cuyo estado de salud percibido fue regular, malo o muy malo, en un grupo al que se denominó «salud deficiente», y a los de salud muy buena o buena en un grupo al que se denominó de «salud buena». Mediante este agrupación se obtiene un indicador de salud adecuado para estudiar las desigualdades en salud, como ha sido puesto de manifiesto en un gran número de estudios nacionales e internacionales.

En ambas encuestas, pueden observarse los resultados del estado de salud deficiente por grupos de edad en las figuras 28 y 29 en el caso de los hombres, y en las figuras 30 y 31 en el caso de las mujeres.

Figura 28

Salud deficiente en hombres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

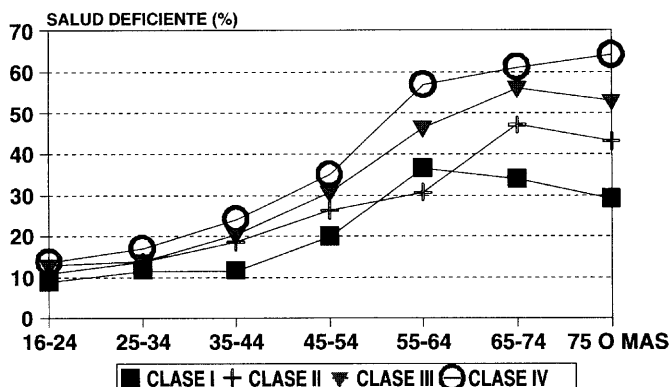


Figura 29

Salud deficiente en hombres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

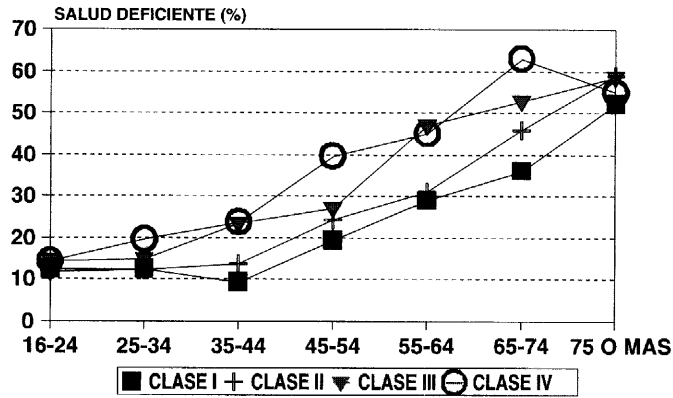


Figura 30

Salud deficiente en mujeres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

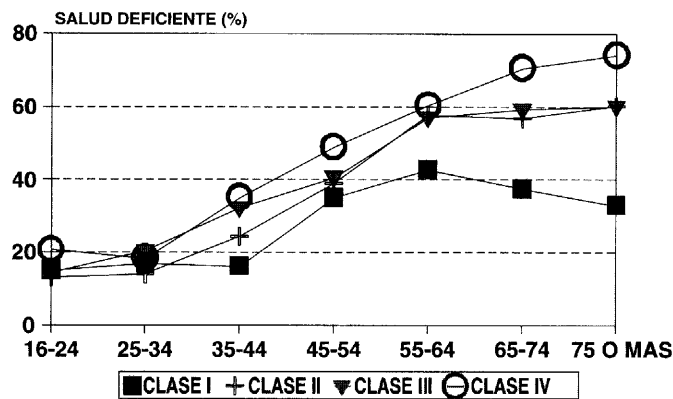
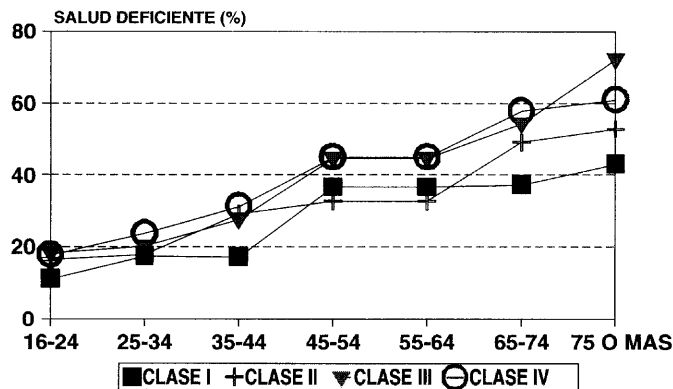


Figura 31

Salud deficiente en mujeres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1993



En los hombres, el porcentaje de personas que refiere tener una salud deficiente varía entre el 9% y el 64%. En las mujeres, este porcentaje es mayor, variando entre el 11% y el 74%. Como es lógico, el número de personas con salud deficiente aumenta con la edad, pero dicho aumento no es uniforme con respecto a las clases sociales, sino que en ambas encuestas y en ambos sexos, las clases sociales más desfavorecidas presentan un mayor grado de salud deficiente. Sin embargo, las desigualdades varían para cada grupo de edad. Mientras que en las edades más jóvenes (16 a 54 años), la proporción de personas con salud deficiente es tan sólo algo mayor para las clases más desfavorecidas, en ambas encuestas las desigualdades aumentan a medida que observamos las edades más elevadas.

No obstante, debe notarse cómo las desigualdades entre las clases en los grupos de edad más elevada (a partir de los 55 años) se han reducido desde el año 1987 al 1993; este hallazgo es más marcado en mujeres que en hombres. Por ejemplo, si en 1987 en el grupo con más de 75 años de edad, el porcentaje de mujeres con salud deficiente fue del 33% en la clase I y de 74% en la clase IV, es decir, una diferencia de 41% (figura 47), en 1993 esta diferencia se redujo a un 18% (figura 48). Igualmente, esta reducción, aunque en menor medida, se da también entre quienes tienen más de 55 años de edad, y en las mujeres más que en los hombres.

El impacto de las desigualdades en nivel de vida queda reflejado en el caso presentado en las figuras 32 y 33.

En ambas encuestas se observa cómo, en general, para los tres grupos de renta de las Comunidades Autónomas, el porcentaje de mujeres con salud deficiente es mayor a medida que disminuye el nivel de clase social. Sin embargo, en el año 93, a diferencia del 87, existe una marcada diferencia en el porcentaje de mujeres con salud deficiente según el nivel de renta de las Comunidades Autónomas. Así el menor porcentaje se da, para todas las clases sociales, en las Comunidades Autónomas más ricas. Esta observación, que también ocurre entre los hombres, parece indicar un aumento en las desigualdades regionales en el estado de salud percibido entre las distintas clases sociales.

En la figura 34 se observa, para el período de 1987 a 1993, el riesgo de tener salud deficiente en hombres para cada una de las clases sociales. Tanto en 1987 como en 1993 el riesgo de padecer salud deficiente es mayor a medida que vamos desde las clases más altas a las más bajas. Además, al comparar las mismas clases en el año 87 y 93, existe una ligera tendencia de disminución del riesgo.

Esta tendencia se observa más claramente en la figura 35, pero únicamente para las Comunidades Autónomas con renta familiar alta o media. Para las Comunidades Autónomas con renta familiar baja, las diferencias entre las clases

Figura 32

Salud deficiente en mujeres según clase social y renta en las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1987  
Porcentajes estandarizados por edad

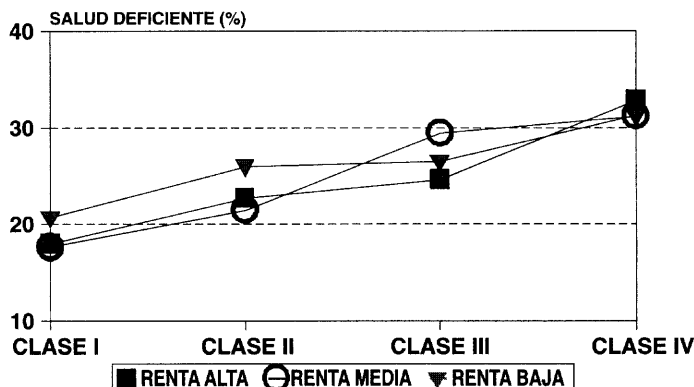


Figura 33

Salud deficiente en mujeres según clase social y renta en las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1993  
Porcentajes estandarizados por edad

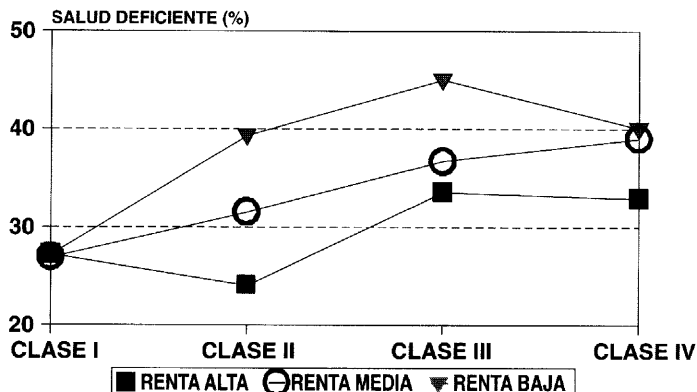
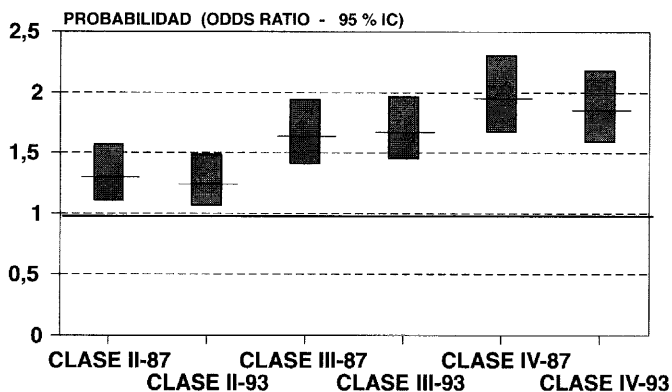


Figura 34

Probabilidad de declarar salud deficiente según clase social en hombres en Encuesta Nacional de Salud, 1987 y Encuesta Nacional de Salud, 1993



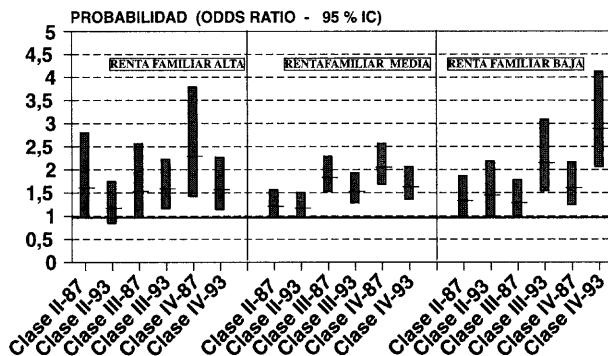
en cuanto al riesgo de padecer salud deficiente parecen haber aumentado entre 1987 y 1993. Esta tendencia, que aparece también en las mujeres, parece mostrar que la apuntada disminución en las desigualdades sociales en la percepción de salud entre 1987 y 1993 no sería homogénea para todas las Comunidades Autónomas; los datos señalan que en las Comunidades Autónomas cuyo nivel de renta familiar disponible es sensiblemente inferior a la media nacional las desigualdades sociales en la valoración del estado de salud habrían aumentado de 1987 a 1993.

En cuanto a la actividad laboral, las desigualdades en salud persisten en ambos sexos y en

ambas encuestas. Entre los hombres, el porcentaje de personas con salud deficiente es mayor en los jubilados aumentando considerablemente desde la clase I a la clase IV. Este aumento también se produce, aunque mucho menos marcadamente entre trabajadores y parados. Por ejemplo, para el año 1993, mientras en la clase I el porcentaje de hombres con salud deficiente fue del 13% en los trabajadores, del 26% en los parados y del 34% en los jubilados, en la clase IV estos porcentajes fueron de 22%, 30% y 61% respectivamente. Este fenómeno se aprecia también entre las mujeres; sin embargo, el porcentaje de mujeres con estado de salud deficiente es muy si-

Figura 35

Probabilidad de declarar salud deficiente según clase social en hombres en ENSE87 y ENSE93 y nivel de renta de la comunidad autónoma



LA PROBABILIDAD DE CADA CLASE ESTA COMPARADA A LA PROBABILIDAD DE LA CLASE I (RIESGO = 1) DE CADA ENCUESTA

milar para las trabajadoras, las paradas, y las trabajadoras domésticas en todas las clases sociales.

Por otro lado, las desigualdades en el porcentaje de personas con salud se mantiene tanto en los municipios pequeños como en los grandes. En el caso de los hombres, además, mientras que en los municipios pequeños (menos de 10.000 habitantes) y en los grandes (más de 100.000 habitantes) el porcentaje de salud deficiente se mantiene en todas las clases en niveles similares en 1987 y 1993, en cambio, en las ciudades de tamaño medio (10.000 a 100.000 habitantes) este porcentaje ha aumentado del 87 al 93 para todas las clases, especialmente en las clases I y IV. En mujeres sin embargo, un fenómeno prácticamente idéntico ocurre con las ciudades de pequeño tamaño (menos de 10.000 habitantes) que pierden su relativa posición favorable de 1987 en 1993.

En conclusión, aunque el porcentaje de personas con salud deficiente aumenta a medida que disminuye la clase social en todas las edades, sin embargo, las desigualdades entre las clases sociales son mayores en los grupos de edad más avanzados. Estas desigualdades, de todos modos, parecen haber disminuido entre el año 87 y el 93. En cambio, parecen también haber aumentado las diferencias regionales para todas las clases sociales desde el 87 al 93, resultando en un mayor porcentaje de personas con salud deficiente en las Comunidades Autónomas menos favorecidas. De hecho, los datos apuntan en di-

rección a una disminución de las desigualdades sociales según la valoración de salud en la Comunidades Autónomas en función de la renta familiar regional. Por lo demás, las desigualdades sociales persisten cualquiera que sea el municipio de residencia de los individuos, y en los distintos grupos sociolaborales.

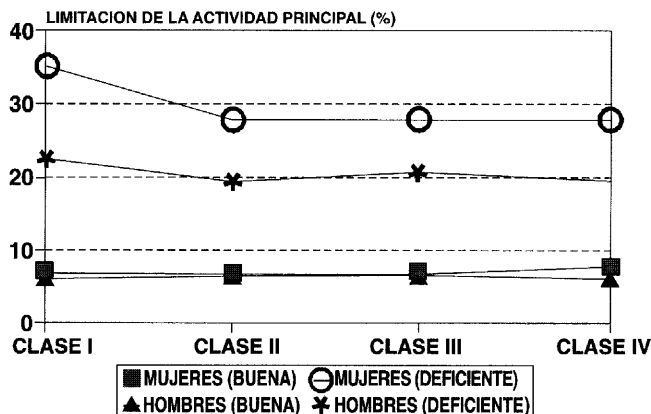
#### *Limitación de la principal actividad*

En ambas encuestas se preguntó a los individuos acerca de las limitaciones que habían sufrido en la actividad principal debido a su estado de salud: el trabajo para los trabajadores, las tareas domésticas para las mujeres que realizan trabajo doméstico, y el estudio para los estudiantes. Por restricción de actividad principal se entiende la imposibilidad de realizar la actividad principal debido a algún síntoma o enfermedad durante al menos medio día en el período comprendido en las dos semanas anteriores a la encuesta.

Mientras que en la encuesta de 1987 no se observan desigualdades entre las clases sociales, aunque sí entre los sexos, ya que las mujeres muestran un mayor grado de limitación en la actividad principal, en el año 1993, se observa, entre quienes tienen una salud deficiente, un mayor nivel de limitación en la actividad entre la clase social I y el resto de clases sociales, y entre las mujeres respecto a los hombres (figura 36).

Figura 36

Limitación de la actividad principal según clase social y estado de salud percibido en ambos sexos en la Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentajes estandarizados por edad



### Enfermedades crónicas

El hecho de padecer enfermedades crónicas fue recabado a los individuos encuestados en forma distinta en las dos encuestas nacionales de salud de 1987 y 1993. Así, mientras que en la ENSE87, se preguntó a los individuos si padecían alguna enfermedad crónica de entre las presentes en una lista, en la ENSE93 se les preguntó acerca de si su médico les había diagnosticado alguna de las enfermedades presentes en una lista diferente. A pesar de ello, la presencia común de una serie de enfermedades crónicas permite comparar algunas preguntas tales como las referentes a la alergia, el asma o bronquitis crónica, la diabetes y la hipertensión arterial.

En relación al padecimiento de alergia, las encuestas muestran un mayor grado de declaración entre las mujeres que entre los hombres (figura 37). Entre las primeras, declaran padecer alergia cerca del 6 % en 1987, comparado con algo más del 9 % en 1993. Por otro lado, para ambas encuestas, y en ambos sexos, existe un gradiente de desigualdad inverso. Así, son las clases sociales desfavorecidas quienes presentan un menor porcentaje declarado de esta enfermedad.

La presencia de asma y de bronquitis crónica es declarada con mayor frecuencia entre los hombres que entre las mujeres en ambas encuestas (figura 38). Además, la presencia de estas enfermedades es sustancialmente mayor en

las clases sociales más desfavorecidas, en forma más acentuada en el caso de los hombres.

Para 1987 y 1993, el padecimiento de diabetes es mayor en las clases más desfavorecidas entre las mujeres (figura 39). Así, por ejemplo, en el año 1993, más de un 2% de las mujeres de la clase I declaran padecer diabetes, en comparación con más de del doble (5,4%) en el caso de la clase IV. No aparecen en este caso diferencias significativas entre las clases sociales en el caso de los hombres.

En cuanto a la hipertensión arterial en ambas encuestas, observamos cómo las mujeres declaran padecer con más frecuencia esa enfermedad en comparación con los hombres (figura 40). En ambos años, además, aparece una tendencia de clase: así, en el año 1993, el 8% de las mujeres de la clase I declaran haber sido diagnosticadas por su médico de hipertensión arterial, aumentando casi el doble (14%) en las mujeres de clase IV. En los hombres, sin embargo, no aparecen diferencias entre las clases sociales en los dos años estudiados.

### 5.2.2. Desigualdades en las conductas asociadas a la salud (1987-1993)

#### Tabaquismo

El hábito de fumar tabaco ha sido considerado la causa aislada más importante de morbilidad y

Figura 37

Alergia declarada según clase social y sexo en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentajes estandarizados por edad

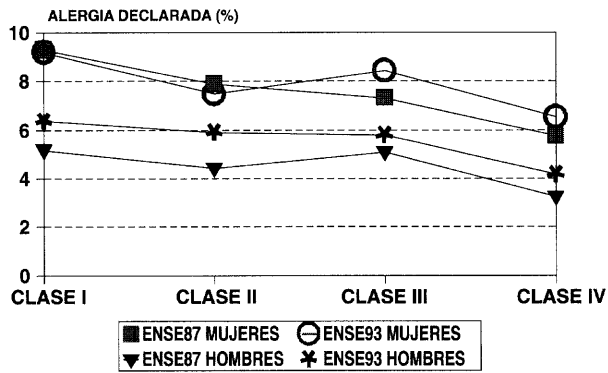


Figura 38

Asma o bronquitis crónica declarada según clase social y sexo en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentajes estandarizados por edad

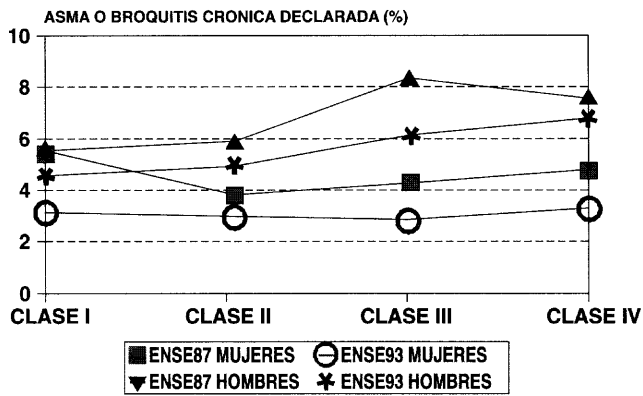


Figura 39

Diabetes declarada según clase social y sexo en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentajes estandarizados por edad

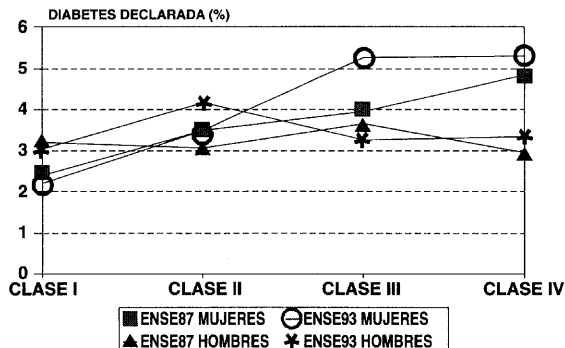
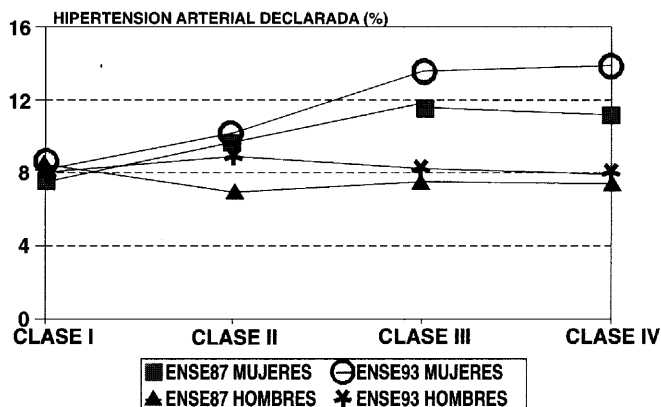


Figura 40

Hipertensión arterial declarada según clase social y sexo en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentajes estandarizados por edad



mortalidad prevenibles (Royal College of Physicians, 1992). Su consumo se ha relacionado con diversas enfermedades, siendo además una de las conductas de riesgo con mayor prevalencia en la población. En España, uno de los países europeos con una prevalencia más elevada de tabaquismo, la mortalidad atribuible a este factor de riesgo es de alrededor del 13% del total de muertes anuales (González et al., 1989). No es extraño, por tanto, que la lucha contra el consumo de tabaco constituya uno de los objetivos prioritarios de la salud pública. En los últimos años, varios estudios han valorado la evolución del hábito tabáquico y, particularmente, su relación con distintas variables socioeconómicas y demográficas. Así, por ejemplo, una comparación internacional de dichas tendencias en Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Australia, Noruega y Suecia puso de manifiesto un comportamiento diferente en función del nivel de estudios y la clase social, siendo las clases más desfavorecidas las que presentaban las mayores prevalencias de tabaquismo en el conjunto de la población (Pierce, 1989).

En las ENSE de 1987 y 1993 se recogía información referida al consumo de tabaco en una serie de preguntas incluidas en el apartado de «hábitos de vida». En este informe utilizamos la pregunta relativa al consumo actual de tabaco. En concreto, para realizar el análisis, se utilizan tres categorías: fumadores (los encuestados que en el momento de la encuesta fumaban), ex-fu-

madores (encuestados que en el momento de la encuesta no fumaban, aunque lo habían hecho en el pasado) y no fumadores (encuestados que no han fumado nunca).

Según los datos analizados, en el período considerado, se ha producido un descenso de la prevalencia de hombres fumadores (del 55 al 49 %) y un ligero aumento de mujeres fumadoras (de 24 al 26 %), habiendo aumentado muy ligeramente el porcentaje de ex-fumadores en ambos sexos. El análisis de esta misma variable por clase social pone de manifiesto características claramente diferenciadas entre los hombres y las mujeres. Así, en el caso de los hombres, aunque se aprecia una reducción del consumo de tabaco en todas las clases sociales, el número de fumadores aumenta conforme descendemos en la escala social, excepto en el caso de la clase IV (figura 41).

Al analizar la misma información por grupos de edad, vemos una tendencia muy clara: es en los grupos de edad más jóvenes (especialmente hasta los 44 años) donde existe una mayor desigualdad en el hábito de fumar, aumentando la prevalencia de fumadores a medida que disminuye el nivel socioeconómico (figura 42 y 43).

Entre las clases I y IV, la diferencia en el hábito de fumar es más marcada en el grupo de 25-34 años en la ENSE87 (59% en la clase I, y 68% en la clase IV), y en el grupo de 35-44 años en la encuesta ENSE93 (55% en la clase I y 70% en la clase IV).

Figura 41

Porcentaje de fumadores por sexo y clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993

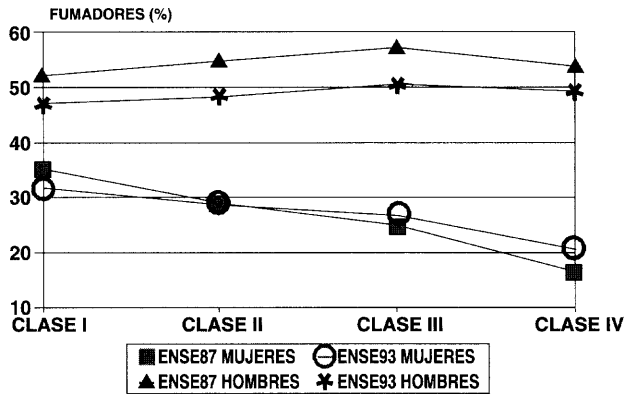


Figura 42

Porcentaje de fumadores en hombres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

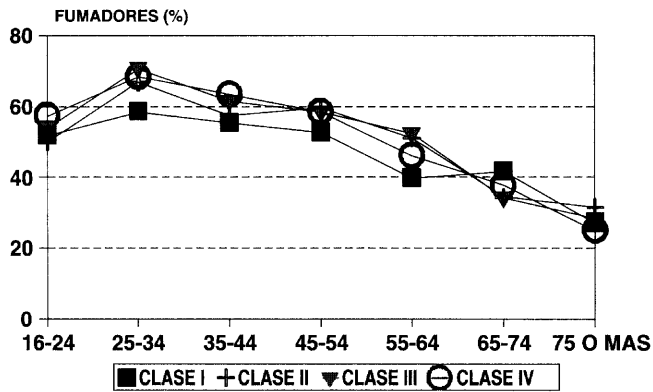
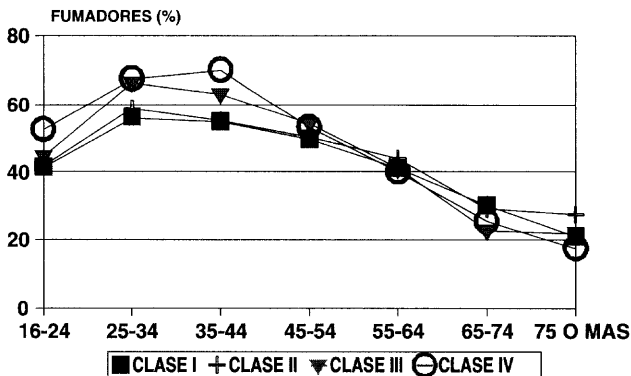


Figura 43

Porcentaje de fumadores en hombres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1993



En cambio, en las mujeres, se da una relación inversa y la prevalencia de fumadoras aumenta conforme se asciende en la escala social. No obstante, destaquemos que, en el período considerado, se ha reducido la prevalencia de tabaquismo en las clases I y II, en tanto ha ocurrido lo contrario en el caso de las clases III y IV (figura 58). Esta relación inversa se mantiene en todos los grupos de edad. De hecho, se observa un aumento en la prevalencia de mujeres fumadoras entre 1987 y 1993 prácticamente en todos los grupos de edad por encima de 25 años. Sin embargo, en el grupo de mujeres más jóvenes disminuye el número de fumadoras, aunque este descenso es muy poco marcado en la clase IV en comparación con las otras clases.

Así pues, todo hace pensar que se está produciendo una reducción de las diferencias en cuanto al hábito de fumar entre las clases sociales. De hecho, en la ENSE de 1993 la prevalencia de fumadoras en el grupo más joven era prácticamente igual en la clase I y IV (44% y 43% respectivamente).

El análisis según el tamaño del municipio de residencia y la renta regional de la Comunidad Autónoma (Papeles de Economía Española, 1994) sugiere la existencia de un factor colectivo por encima de los determinantes individuales en relación con el hábito de fumar. En el caso de los hombres, las desigualdades son más evidentes en los municipios mayores y en las regiones con más renta, aunque en ambos casos la prevalencia de fumadores es en general menor. Por ejemplo, según la

ENSE de 1993 la prevalencia de fumadores de clase IV en municipios de más de 100.000 habitantes era casi del 50%, siendo del 45% para la clase I. En municipios de menos de 10.000 habitantes, esa prevalencia era del 53% para la clase I y del 52% en la clase IV. En las mujeres, la desigualdad inversa es más clara en los municipios de mediano y pequeño tamaño. Es decir, todo hace pensar que es en las zonas más urbanizadas donde se está invirtiendo el patrón actual.

En el caso de los varones, en el análisis de los modelos de regresión logística de 1987 y de 1993, se aprecia un mayor riesgo de consumir tabaco en las clases sociales a medida que descendemos en la escala social (figura 46). Es decir, son las clases III y IV quienes presentan un mayor hábito tabáquico. Así, por ejemplo, en 1993, las clases III y IV presentan una diferencia significativa respecto a la clase I, siendo el riesgo de fumar para los encuestados en estos grupos sociales aproximadamente un 20% mayor que en la clase I. Por otra parte, se observa cómo las desigualdades entre 1987 y 1993 han aumentado ligeramente.

En el caso de las mujeres en la encuesta de 1987, se aprecia un efecto de protección conforme se desciende en la clase social, es decir, son las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas quienes fuman menos (figura 47). Sin embargo, el hecho de que en la encuesta de 1993 las diferencias en el hábito de fumar entre las clases sociales se hayan reducido claramente hace pensar que son las clases sociales menos aventajadas quienes no parecen haberse benefi-

Figura 44

Porcentaje de fumadoras en mujeres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

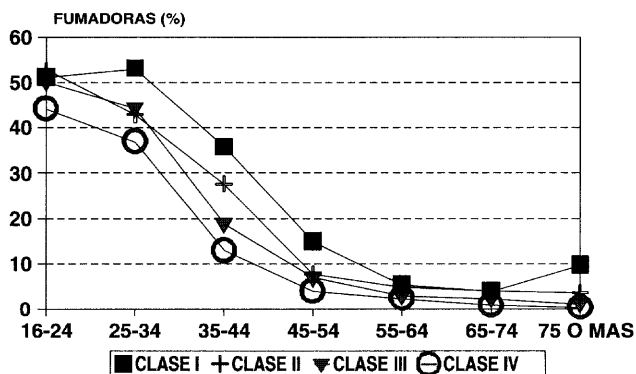
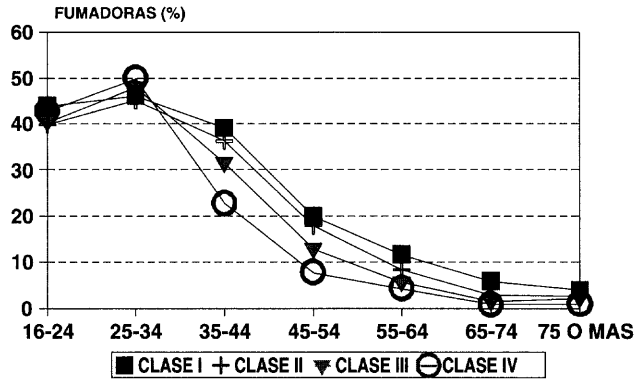


Figura 45

Porcentaje de fumadoras en mujeres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987



ciado mucho de las campañas sociales de prevención del tabaquismo.

décadas habiendo diversos estudios nacionales y regionales para evaluar el impacto y características de este factor de riesgo (Gili et al., 1989).

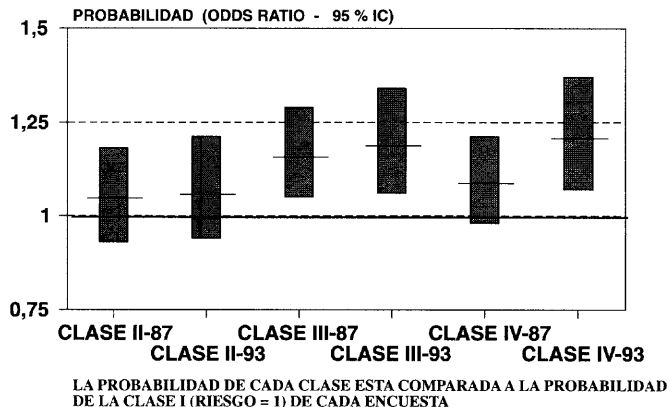
#### Consumo de alcohol

Al igual que ocurre con el tabaco, los efectos negativos del alcohol sobre la salud en la población son conocidos desde hace tiempo y existe un volumen considerable de trabajos sobre su relación con muy diversas causas de morbilidad y mortalidad. En España el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con el alcohol han sido especialmente importantes en las últimas

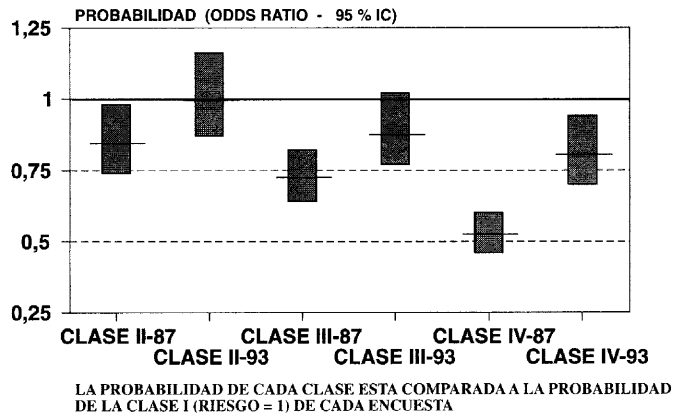
En las ENSE las preguntas referentes al consumo de alcohol son muy similares, aunque no idénticas. En dichas preguntas se hace referencia a la frecuencia de consumo y a la cantidad de consumo realizada en cada ocasión para una lista determinada de bebidas alcohólicas. En ambas encuestas, con el fin de analizar con la mayor precisión posible el consumo de alcohol, se procedió a la transformación siguiente: según el tipo de bebida alcohólica consumida, la frecuencia de consumo y el número de vasos/copas en cada

Figura 46

Probabilidad de consumir tabaco en hombres en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993



**Figura 47**  
**Probabilidad de consumir tabaco en mujeres en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993**



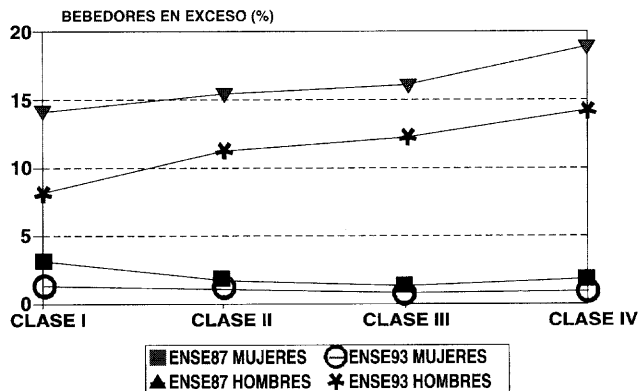
consumición, se calculó el consumo diario medio equivalente a centímetros cúbicos de alcohol puro de cada encuestado. Posteriormente, esta medida fue reagrupada en tres categorías: bebedor excepcional o no bebedor, cuando se consumió un máximo diario de 1 cm<sup>3</sup> de alcohol puro por día; bebedor moderado, cuando el nivel de consumo estuvo entre 1 y 60 cm<sup>3</sup> de alcohol puro por día; y bebedor excesivo, cuando se consumió más de 60 cm<sup>3</sup> de alcohol puro por día.

Según los datos disponibles en las ENSE87 y ENSE93, el número de personas que declara no consumir alcohol o hacerlo de manera excepcional ha aumentado marcadamente. Así, en los

hombres se ha pasado del 29 al 40 %, mientras que en las mujeres se ha pasado del 60 al 73 %

El análisis por clases sociales en ambas encuestas muestra un claro patrón de desigualdad por clase social en el caso de los hombres en forma de gradiente de tipo positivo, aumentando el número de bebedores excesivos conforme disminuye el nivel socioeconómico. En el caso de las mujeres, en cambio, no se observa un patrón claro por clase social, debido entre otras razones a la baja prevalencia de bebedoras excesivas declarada (alrededor del 2% para 1987 y del 1% para 1993); por ello, la interpretación de estos resultados debe tomarse con cautela (figura 48).

**Figura 48**  
**Porcentaje de bebedores en exceso según su sexo y clase social en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993**



En las figuras 49 y 50 se muestran en ambas encuestas y en los hombres, la distribución de esta variable según los grupos de clase social y los grupos de edad. La tendencia al aumento del consumo de alcohol conforme se baja en la clase social se mantiene en los diferentes grupos de edad y desaparece solamente en los grupos con mayor edad.

En general, la prevalencia de bebedores excesivos es más elevada entre los 25 y 55 años de edad. Por ejemplo, en 1993 en el grupo de 35 a 44 años, más del 22% de los encuestados de clase IV referían un consumo de alcohol alto o excesivo. Esta misma proporción era del 11% en los encuestados de clase I.

En las mujeres no parece observarse un patrón claro en el consumo de alcohol de las clases sociales.

En relación al tamaño del hábitat, en la ENSE93, el consumo de alcohol en los varones es mayor en los municipios más pequeños y en las regiones de menor renta media, aunque en general sigue manteniéndose un mayor consumo en las clases más bajas. En mujeres, estas diferencias, en cambio, no están claras.

En hombres, en general el consumo es mayor en las Comunidades Autónomas de renta baja y media y en las clases sociales más aventajadas (figura 51), mientras que en mujeres no existe un patrón claro (figura 52).

Figura 49

Porcentaje de bebedores en exceso en hombres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

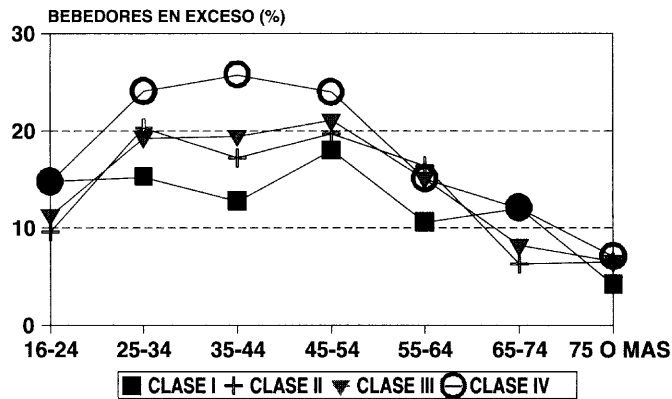


Figura 50

Porcentaje de bebedores en exceso en hombres según clase social por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

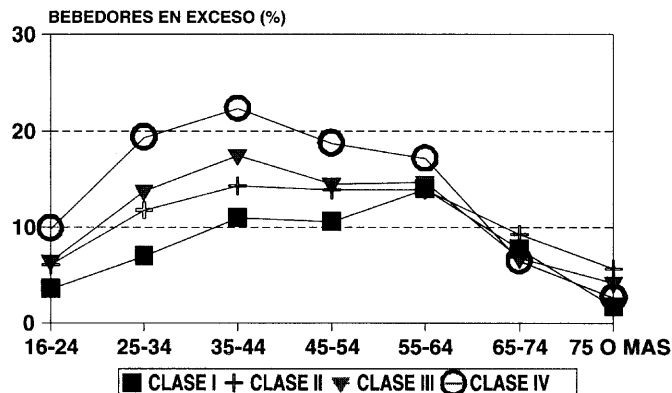


Figura 51

Porcentaje de bebedores en exceso en hombres por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993, según nivel de renta de la comunidad autónoma. Porcentaje estandarizado por edad

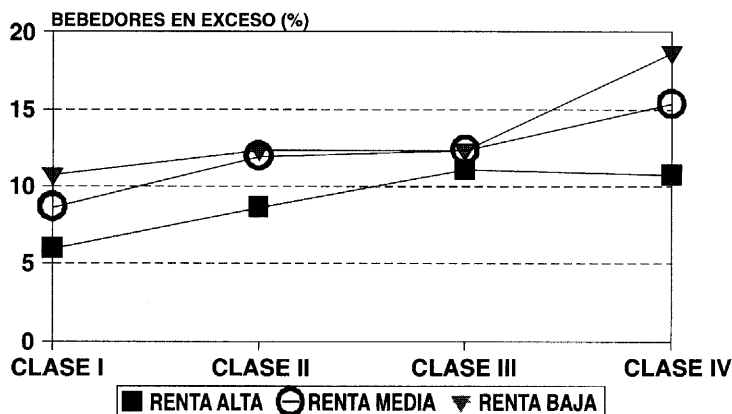
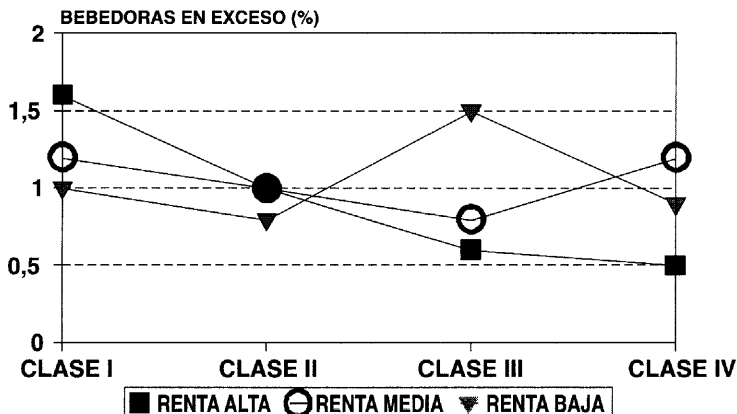


Figura 52

Porcentaje de bebedoras en exceso en mujeres por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993, según nivel de renta de la comunidad autónoma. Porcentaje estandarizado por edad

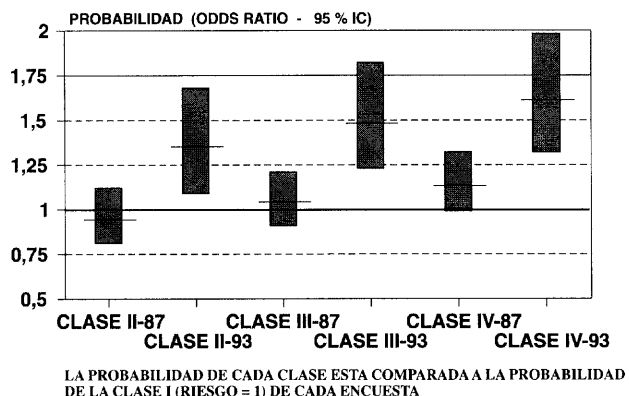


En los modelos de regresión logística en los hombres se aprecia una clara tendencia entre las clases sociales en ambos años, siendo especialmente evidente en el año 1993 (figura 53). Es decir, conforme se desciende en la clase social, aumenta el riesgo de consumir alcohol en exceso. Además, las desigualdades sociales han aumentado claramente en el período entre ambas encuestas. Por ejemplo, si en 1987 la clase IV tenía un riesgo aproximadamente 14% mayor que la clase I de consumir alcohol, en el año 1993 dicho riesgo superaba al de la clase I en un 62%.

En mujeres la tendencia parece ir a favor de las clases más favorecidas, si bien aquí la situación de partida es claramente diferente (figura 54), ya que con la excepción de la clase II, que en ambos años presenta un consumo de alcohol significativamente mayor que la clase I, en las otras clases sociales se observan en ambos años riesgos menores o muy similares a los de la clase I. Sin embargo, se observa cómo entre ambos años todas las clases tienden a aumentar el riesgo de consumo respecto a la clase I.

Figura 53

Probabilidad de consumir alcohol en hombres en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993

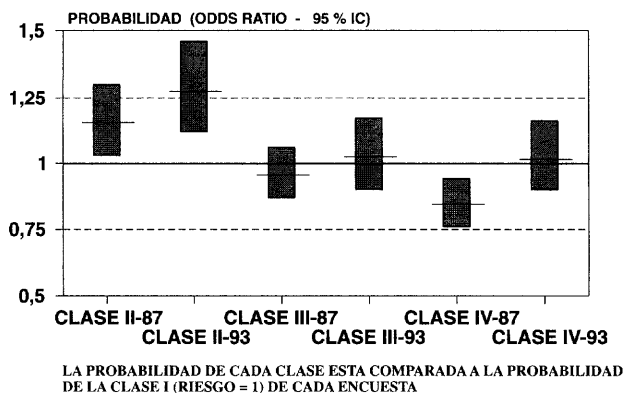
*Ejercicio físico*

El efecto beneficioso del ejercicio físico sobre la salud es bien conocido, habiéndose señalado el sedentarismo como factor de riesgo en relación con diferentes enfermedades, especialmente del aparato cardiovascular (Powell et al., 1987). Así, la realización más o menos regular de algún tipo de actividad física durante el tiempo libre pone de manifiesto, tanto una actitud positiva hacia la propia salud como, secundariamente, la disponibilidad del tiempo y recursos necesarios para llevar a cabo dicha actividad. Por ello, la variabilidad en uno u otro sentido del ejercicio físico entre las clases sociales denota la existencia de desigualdades.

Las ENSE de 1987 y 1993 recogen dos preguntas relativas a la realización de ejercicio físico durante el trabajo o actividad habitual y durante el tiempo libre. En este informe se analizan exclusivamente las respuestas relativas al ejercicio físico realizado durante el tiempo libre, por entender que en este caso es cuando se pone de manifiesto un comportamiento saludable libremente elegido por los encuestados. Las posibles respuestas a la pregunta, formulada en términos muy similares en ambas encuestas, se agruparon en tres categorías: persona inactiva (no realiza ningún tipo de ejercicio durante el tiempo libre), ejercicio ocasional (realiza alguna actividad física o deporte

Figura 54

Probabilidad de consumir alcohol en mujeres en las Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993



—caminar, ciclismo, gimnasia suave, etc.—, ocasionalmente) y ejercicio regular (realiza algún deporte o entrenamiento físico con regularidad).

La comparación de las ENSE de 1987 y 1993 pone de manifiesto una actitud más positiva en cuanto a la realización de alguna actividad física durante el tiempo libre. Durante este período, tanto en hombres como en mujeres y en todos los grupos de edad, se ha reducido claramente la proporción de encuestados que se declaran «inactivos». Así, en hombres esta proporción pasó del 54% en 1987 al 47% en 1993, mientras que en mujeres, esa proporción pasaba del 70% al 61%.

Tanto en 1987 como en 1993, se pone de manifiesto una mejora en todos los estratos sociales, aunque en ambos sexos se aprecia una tendencia de clase muy marcada. Así, tanto en hombres como en mujeres, el número de inactivos aumenta conforme desciende el nivel de la clase socioeconómica a la que pertenece el encuestado (figura 55).

Lógicamente, conforme aumenta la edad disminuye la proporción de sujetos que realizan ocasional o regularmente algún tipo de ejercicio físico. Sin embargo, la realización de ejercicio físico en el tiempo libre se reduce conforme disminuye el nivel social en prácticamente todos los grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres (figuras 56 a 59).

Por ejemplo, un 35% de los hombres de clase I encuestados en 1993 en el grupo de edad entre 65 y 74 años se declaran «inactivos», frente a un 61% de los pertenecientes a la clase IV. En mujeres, para el mismo grupo de edad, los porcentajes para las clases I y IV eran, respectivamente, el 58% y el 78%.

En los municipios de mayor tamaño y las regiones de mayor renta se presentan, en general, los mayores porcentajes de encuestados con alguna actividad física durante su tiempo libre. Por ejemplo, como se puede ver en la figura 60, según la ENSE de 1993 el porcentaje de encuestados inactivos de clase I en las comunidades de renta más baja es del 45%, frente al 27% en las de mayor renta. En la clase IV, estos mismos porcentajes son, respectivamente, 59% y 49% (figura 77). La situación de las mujeres es totalmente equivalente en la clase I, en las comunidades de renta más baja existe un 60% de inactivas frente a un 48% en las de renta más alta, mientras que en la clase IV los valores son del 75% y del 60% respectivamente (figura 61).

Entre las variables estudiadas relativas a las conductas asociadas a la salud, el ejercicio físico muestra las mayores desigualdades (figura 62). En el caso de los hombres, en 1987 y 1993 existe un mayor riesgo de realizar menos ejercicio físico en las clases II, III y IV en comparación con la clase I. Además, dicha diferencia parece estar aumentando en el período considerado. En esta variable se alcanzan las mayores diferencias

Figura 55  
Porcentaje de personas inactivas según su sexo y clase social en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993

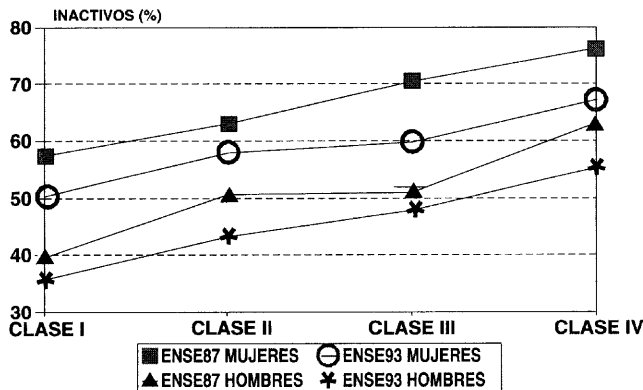


Figura 56

Porcentaje de personas inactivas en hombres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

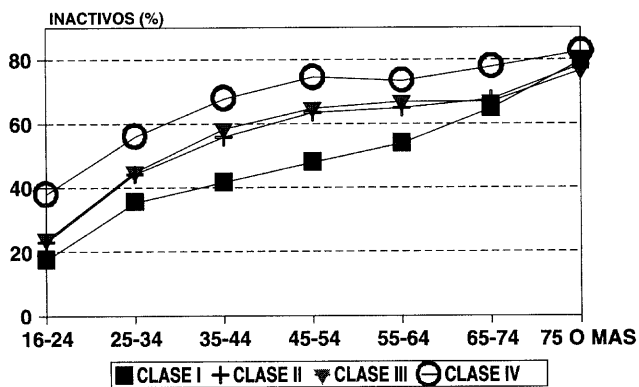


Figura 57

Porcentaje de personas inactivas en hombres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

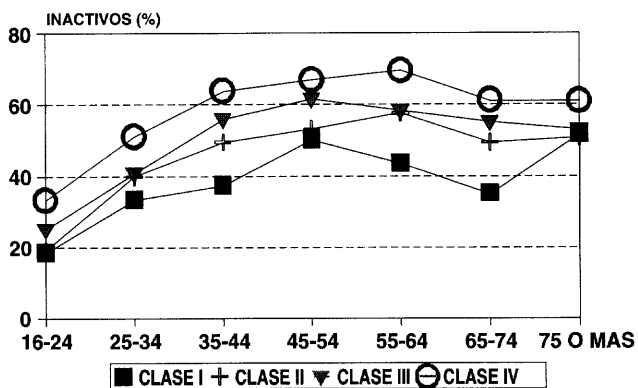


Figura 58

Porcentaje de personas inactivas en mujeres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

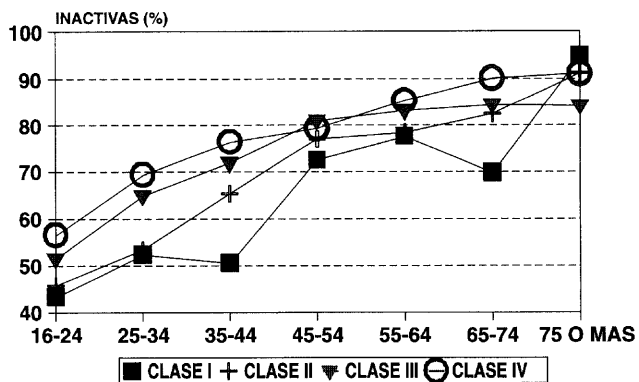


Figura 59

Porcentaje de personas inactivas en mujeres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

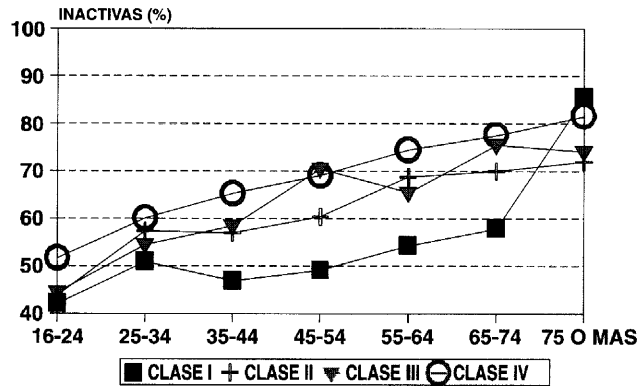


Figura 60

Porcentaje de personas inactivas en hombres, por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993, según nivel de renta de la comunidad autónoma. Porcentaje estandarizado por edad

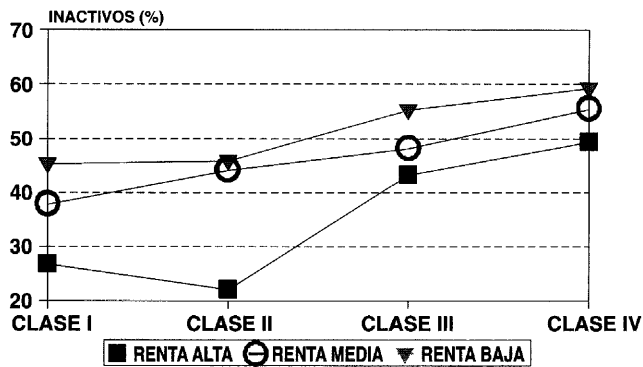


Figura 61

Porcentaje de personas inactivas en mujeres, por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993, según nivel de renta de la comunidad autónoma. Porcentaje estandarizado por edad

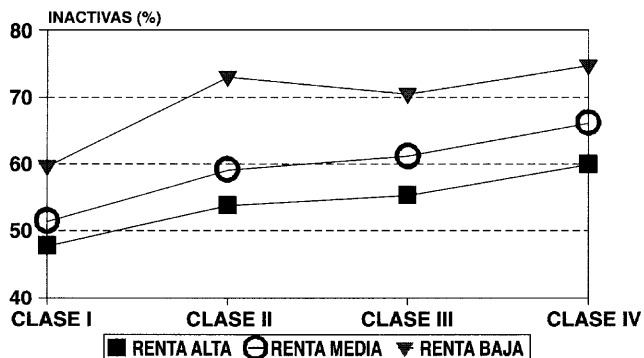
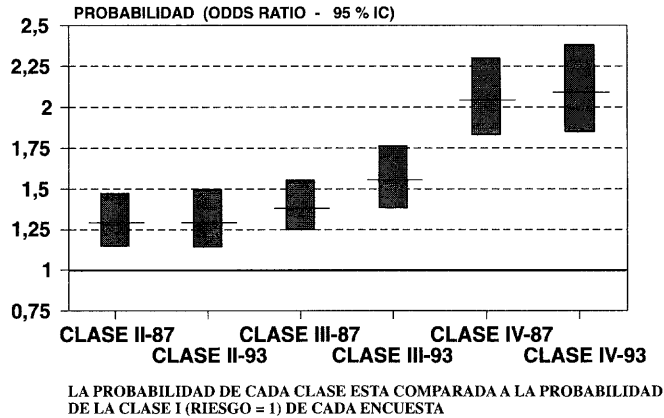


Figura 62

Probabilidad de no hacer ejercicio físico en hombres en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



entre clases: los encuestados de la clase IV, en 1993, tenían un riesgo mayor del doble que los encuestados de las clase I de no realizar ningún tipo de actividad física en su tiempo libre.

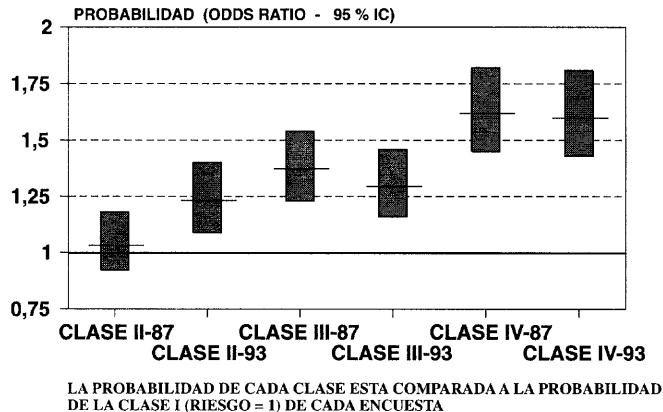
Aunque las desigualdades son de menor magnitud, en las mujeres ocurre algo similar al caso anterior (figura 63). Por un lado, existe una clara tendencia entre las clases sociales, por otro, excepto en la clase II de 1987, todas las clases muestran, en ambos años, diferencias significativas con la clase I.

### Sobrepeso

Al igual que en el caso de las conductas analizadas previamente, la existencia de sobrepeso constituye un factor de riesgo importante en relación con muchas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población. Indirectamente, el peso corporal refleja, además de factores genéticos y relacionados con el entorno, comportamientos individuales en relación con la dieta y con la actividad física desarrollada (Evers, 1987; Croft, et al., 1992).

Figura 63

Probabilidad de no hacer ejercicio físico en mujeres en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



En ambas encuestas se recogía información subjetiva sobre el peso (en kilogramos) y la talla (en metros) de cada encuestado. Y, según estos datos, se ha calculado el índice de Quetelet (U.S. Preventive Task Force, 1992) para cada encuestado aplicando la fórmula  $(P/T^2)$  donde P es el peso en Kg y T la talla en metros.

Posteriormente, el índice de Quetelet se ha agrupado en tres categorías: hasta  $20 \text{ kg/m}^2$ , se considera bajo peso; de  $20$  a  $25 \text{ kg/m}^2$ , es normal; por encima de  $25 \text{ kg/m}^2$ , es sobrepeso. Se trata de un análisis simplificado, en el que no se ha considerado el sexo ni la edad de los encuestados.

De los datos agrupados de ambas encuestas, se desprende que la prevalencia de encuestados con un peso corporal por encima de los límites establecidos como normales ha aumentado entre ambas encuestas, tanto en hombres como en mujeres. Así, en ambos sexos, ha aumentado el porcentaje del total de sujetos que exceden del peso normal: fue del 43% en 1987 y del 52% en 1993 para los hombres, y del 31% al 35% en las mujeres. En general, el sobrepeso es más frecuente en hombres que en mujeres en todas las clases sociales (figura 64).

En varones, el análisis del peso corporal por clases sociales pone de manifiesto, en casi todos los grupos de edad estudiados de ambas encuestas, una clara diferencia entre la clase I y el resto de las clases. Si analizamos esta variable en hombres por grupos de edad se observa, dentro de cada clase, una relación en U invertida: la pro-

porción de sujetos con sobrepeso es más baja en los más jóvenes, para ir aumentando hasta un máximo en el grupo de 55 a 64 años y descender a partir de esa edad. Para cada categoría de edad, la clase I presenta el menor porcentaje de sujetos con sobrepeso (figuras 65 y 66).

Por otra parte, en mujeres aparece con mayor claridad un gradiente social: la proporción de individuos con sobrepeso aumenta marcadamente conforme descendemos de nivel social. Por ejemplo, según la ENSE de 1993, tienen sobrepeso un 25 % de mujeres de la clase I en comparación con un 41% en la clase IV (figura 82).

El análisis de la variable por grupos de edad en las mujeres muestra un aspecto similar, aunque en este caso la tendencia por clase social es aún más clara (figuras 67 y 68).

En relación con el tamaño del municipio de residencia, el sobrepeso en hombres suele ser más frecuente en los municipios pequeños en comparación con los grandes. Las diferencias entre las tres categorías de tamaño del municipio están menos claras en mujeres, aunque se mantiene con claridad la diferencia de la clase I con el resto dentro de cada una de estas categorías. Así, por ejemplo, según la ENSE de 1993, en los municipios de más de 100.000 habitantes, tenían sobrepeso el 26% de las encuestadas de clase I frente al 41% de las de clase IV. En las residentes en municipios menores de 10.000 habitantes, estas proporciones eran 31% y 40%, respectivamente.

Figura 64

Porcentaje de personas con sobrepeso por sexo y clase social en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993

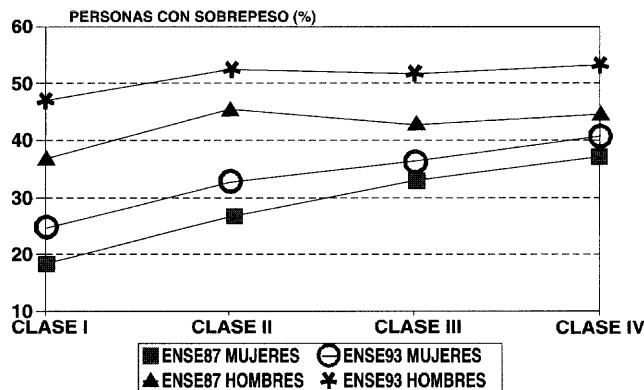


Figura 65

Porcentaje de personas con sobrepeso en hombres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

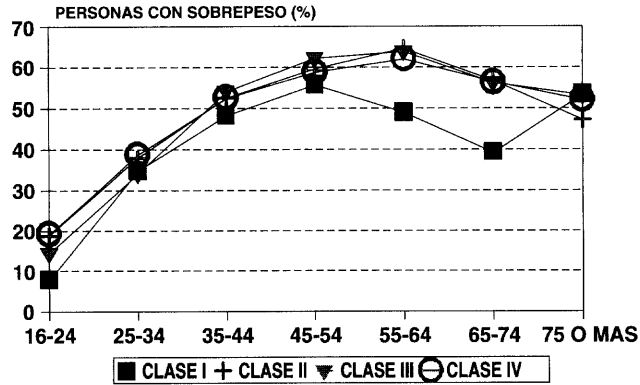


Figura 66

Porcentaje de personas con sobrepeso en hombres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

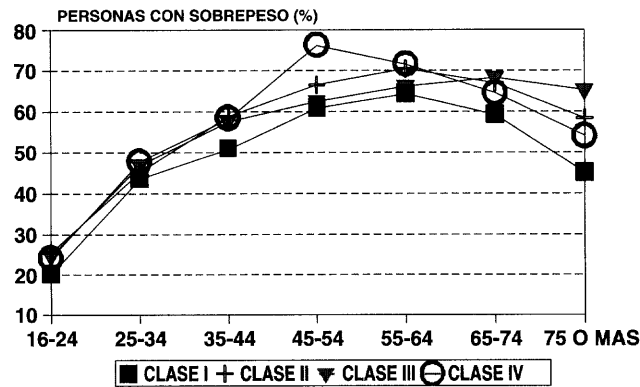
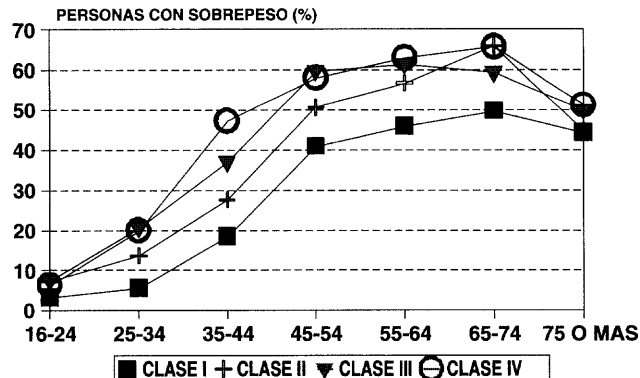


Figura 67

Porcentaje de personas con sobrepeso en mujeres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987



Las figuras 69 y 70 representan la distribución del porcentaje de encuestados con sobrepeso en relación con el nivel de renta regional. En hombres no parece existir relación entre una mayor prevalencia de hombres encuestados con sobrepeso y vivir en una Comunidad Autónoma con un menor nivel de renta regional. En el caso de las mujeres, tanto el gradiente de clase como el gradiente de renta regional son mucho más claros.

En el análisis de regresión logística, en los hombres se aprecia en general, y especialmente en la ENSE de 1993, una diferencia entre la clase I y las demás (figura 71). Es decir, las clases II,

III y IV presentan un mayor riesgo de sobrepeso que la clase I. Las diferencias entre 1987 y 1993 son mínimas, pero parecen señalar hacia un ligero aumento de las desigualdades, especialmente en la clase IV.

Como en el caso anterior, en las mujeres las clases II, III y IV presentan un mayor riesgo de sobrepeso, existiendo además en este caso una tendencia clara conforme se desciende en la escala social (figura 72). En todos los casos, dichas desigualdades con la clase I son estadísticamente significativas. Como en el caso de los hombres, también en este caso las diferencias entre ambas encuestas resultan mínimas, aunque podrían

Figura 68

Porcentaje de personas con sobrepeso en mujeres según clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

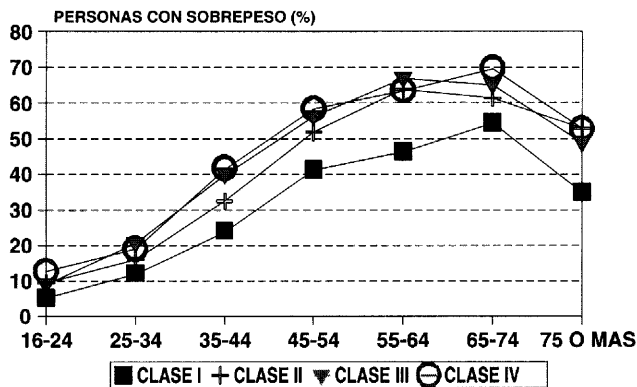


Figura 69

Porcentaje de personas con sobrepeso en hombres, por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993, según nivel de renta de la comunidad autónoma. Porcentaje estandarizado por edad

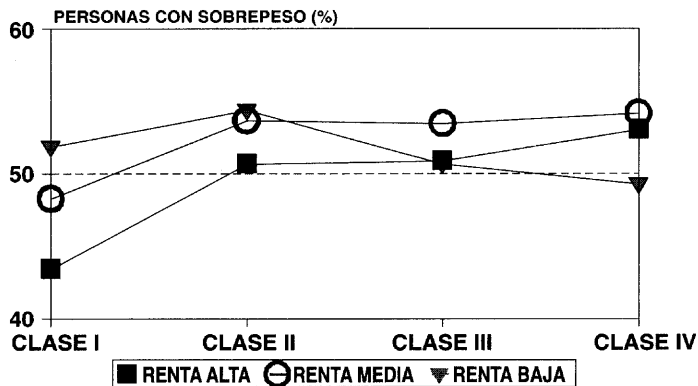


Figura 70

Porcentaje de personas con sobrepeso en mujeres, por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993, según nivel de renta de la comunidad autónoma. Porcentaje estandarizado por edad

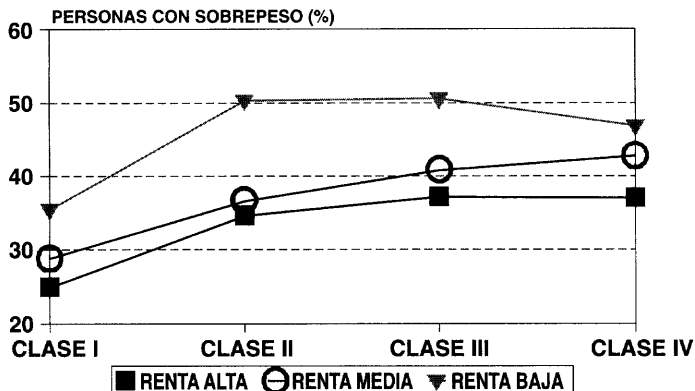


Figura 71

Probabilidad de sobrepeso en hombres en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993

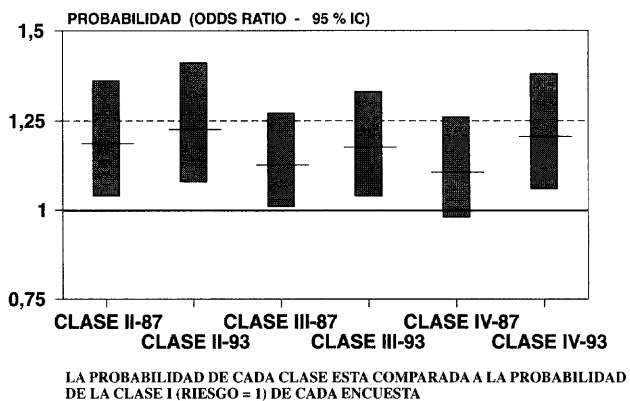
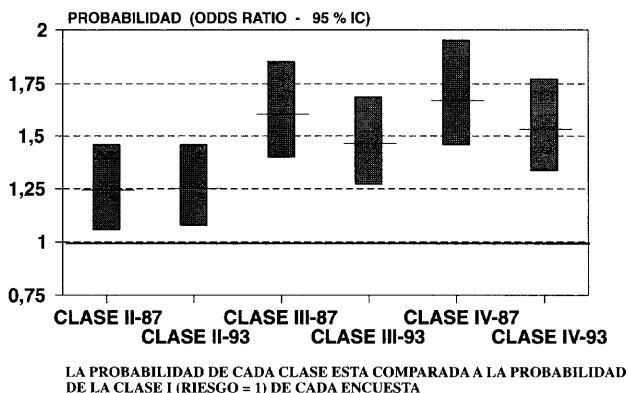


Figura 72

Probabilidad de sobrepeso en mujeres en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



estar señalando hacia una reducción de las desigualdades, especialmente en las clases III y IV.

**5.2.3. Desigualdades en el acceso y utilización de los servicios sanitarios (1993)**

*Consulta médica en los servicios de atención primaria*

En el año 1987, entre un 11 y un 17% de los hombres y un 13 y un 22% de las mujeres habían consultado al médico en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta. En las figuras 73 y 74 se observa, además, el aumento de

la proporción de hombres que consultan al médico a medida que aumenta la edad y la ausencia de claras evidencias de un patrón de desigualdad en la consulta al médico.

En 1993 hay un aumento en la proporción de personas que han consultado al médico, particularmente entre las mujeres. Este aumento muy probablemente se debe al hecho de que la ENSE93 se realizó en el mes de febrero, época del año en que aumentan en general los procesos patológicos de tipo agudo ligados a las condiciones estacionales. Sin embargo, como se observa comparando las figuras 90 y 91, ese aumento no sigue un patrón de desigualdad; es

Figura 73

Consulta al médico en hombres según clase social, por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

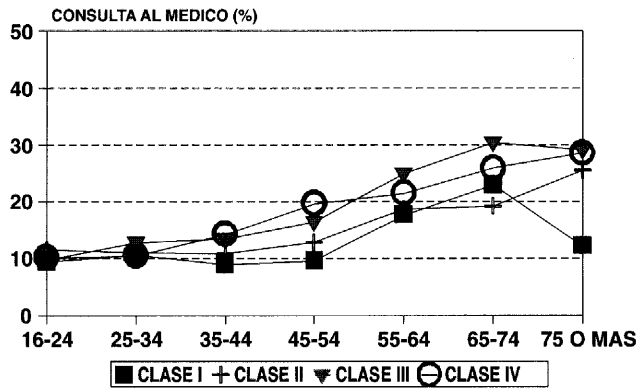
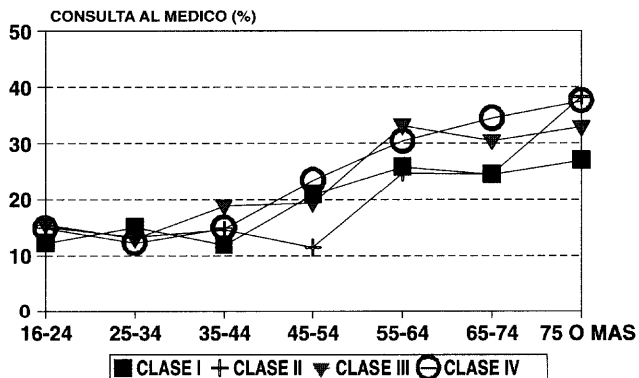


Figura 74

Consulta al médico en hombres según clase social, por grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud, 1993



decir, la consulta al médico no ha aumentado de forma diferente en las clases más altas que en las más bajas y viceversa. También se puede observar que la proporción de mujeres que consultó al médico es diferente según las Comunidades Autónomas agrupadas en función de su nivel de renta familiar. Uno de los predictores más importantes de la consulta al médico es una valoración subjetiva de salud deficiente por parte de las personas. Las diferencias en los patrones de consulta al médico observados en las figuras 75 y 76 son compatibles con lo comentado anteriormente con respecto a las dife-

rencias regionales y la valoración del estado de salud deficiente.

Tampoco se observan diferencias entre las clases sociales en cuanto a la situación laboral del usuario. En las figuras 77 y 78 se observa que los hombres en paro tienden a acudir más al médico que los que trabajan, pero este hallazgo no parece ser claramente diferente para las distintas clases sociales.

Lo mismo ocurre entre las mujeres. En la figura 79 parece observarse lo mismo con respecto a las personas jubiladas para 1987 y 1993.

Figura 75

Consulta al médico en mujeres según clase social y renta de las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1987  
Porcentaje estandarizado por edad

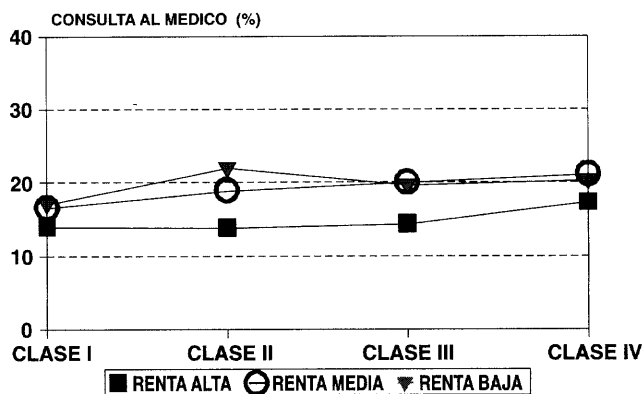


Figura 76

Consulta al médico en mujeres según clase social y renta de las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1993  
Porcentaje estandarizado por edad

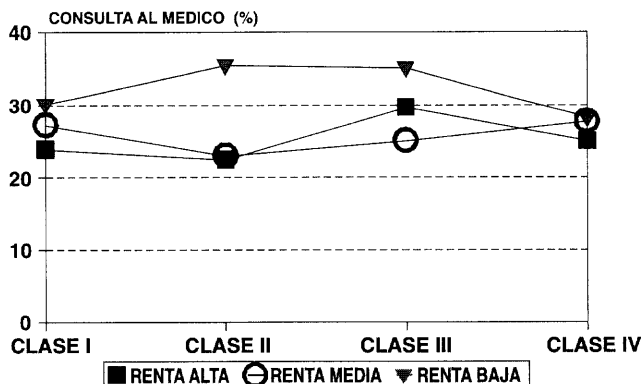


Figura 77

Consulta al médico en hombres según clase social y situación laboral en la Encuesta Nacional de Salud, 1987  
Porcentaje estandarizado por edad

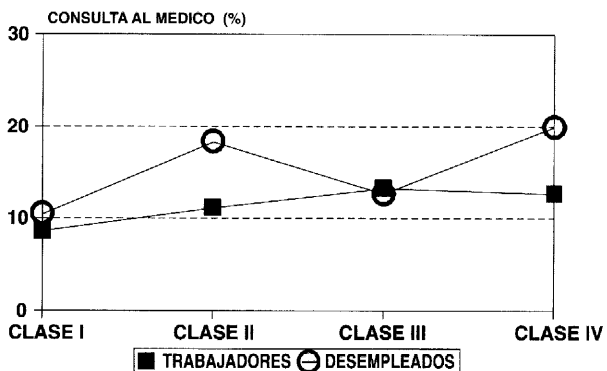


Figura 78

Consulta al médico en hombres según clase social y situación laboral en la Encuesta Nacional de Salud, 1993  
Porcentaje estandarizado por edad

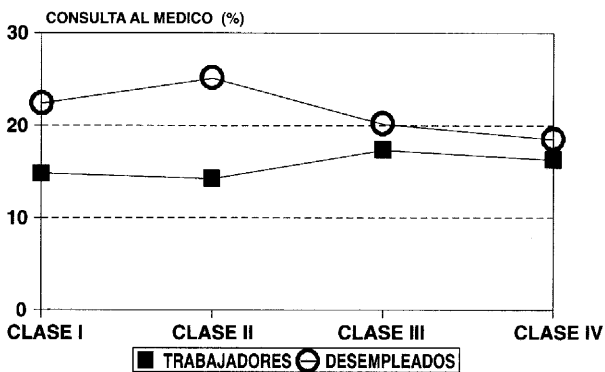
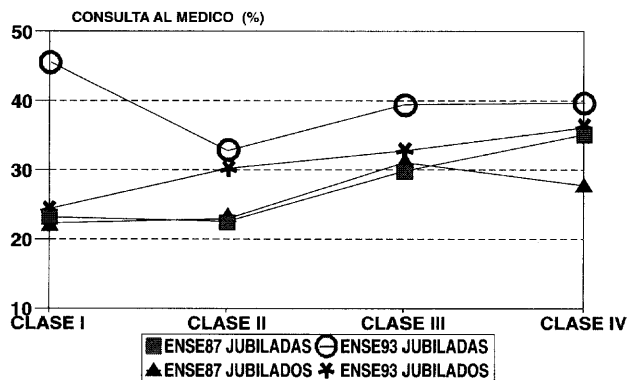


Figura 79

Consulta al médico según clase social y sexo según situación laboral en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993  
Porcentaje estandarizado por edad



En la figura 80 se representa la probabilidad de haber consultado al médico para hombres y mujeres, para aquéllos que declaran tener una salud deficiente. Como puede observarse, el número de mujeres que valoran su salud como deficiente tienen una probabilidad de haber consultado al médico menor en 1993 que en 1987 para todas las clases sociales, lo cual contrasta con el hecho ya comentado de la existencia de un aumento para toda la población de la consulta al médico de 1987 a 1993 en todas las clases sociales. Ello implica que, aunque los servicios sanitarios están aumentando sus servicios a la población, este aumento no beneficia por igual a todos los sectores sociales, disminuyendo en términos relativos la utilización por los grupos con peor situación de salud.

También puede observarse que no existe un patrón de desigualdades entre las clases; para el mismo año la probabilidad de haber consultado al médico para las distintas clases sociales es similar, aunque el gráfico sugiere que esta probabilidad puede ser mayor para la clase I entre las mujeres en el año 93, dado que las clases II, III, y IV tiene una probabilidad entre el 0,7 y el 0,85; es decir, la probabilidad de consulta al médico en mujeres con salud deficiente en el año 1993 es entre un 15 y un 30% inferior a la probabilidad de la clase I. En hombres, el patrón de consulta al médico entre las personas con salud deficiente no es tan claro como en las mujeres, aunque según las figuras, habría aumentado la probabilidad de consulta en las clases II, III, y IV comparadas con la clase I del 87 al 93. Ello significa una re-

ducción importante de las desigualdades en la utilización de servicios en los hombres, entre los que se incluyen aquéllos que tienen un nivel de salud deficiente.

#### *Consulta médica en centros sanitarios públicos o privados*

En nuestro país el sistema sanitario es público en cuanto a su financiación, y mayoritariamente también en cuanto a la propiedad y gestión de los servicios sanitarios. En las figuras 81 a 84 se muestran la proporción de personas que, habiendo consultado al médico, lo han hecho en un centro sanitario público de atención primaria.

Para el año 1987 esta proporción se refiere a todos los que han consultado al médico en el año anterior a la encuesta; para el año 1993 esta proporción se refiere tan sólo a los que han consultado las dos semanas inmediatamente anteriores a la encuesta del año 1993. Corresponden pues a dos períodos distintos, lo que impide una comparación directa y rigurosa entre ambos años. Sin embargo, podemos observar que las tendencias entre estos años no difieren mucho. Primero, se debe constatar que más de un 80% de la población española que ha consultado al médico en 1987 como en 1993 lo han hecho en centros sanitarios públicos. Sin embargo, esta proporción varía dependiendo de la clase social. Así, en las figuras se puede observar como tanto en hombres como en mujeres, en 1987 y 1993, aproximadamente el 90% de las personas de las

Figura 80

Probabilidad de haber consultado al médico en personas con salud deficiente según clase social en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993

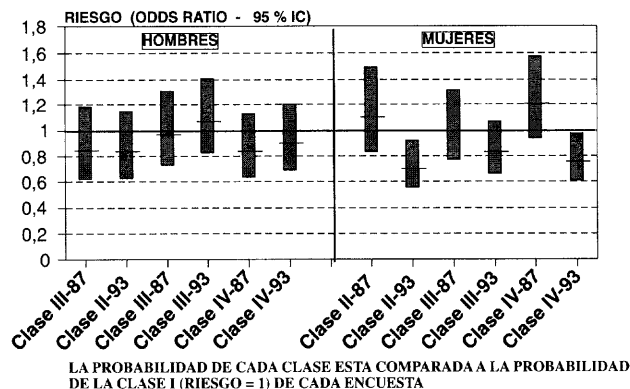


Figura 81

Consulta en atención primaria pública en hombres según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

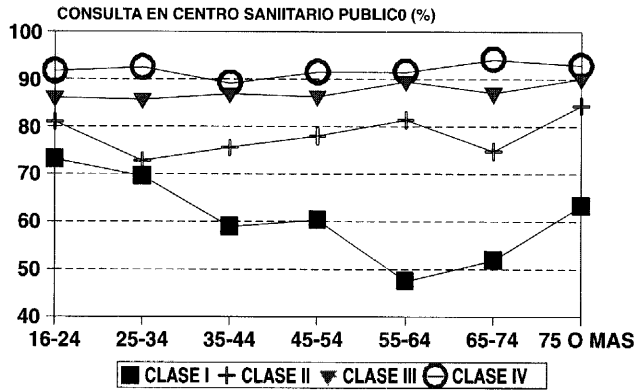


Figura 82

Consulta en atención primaria pública en hombres según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

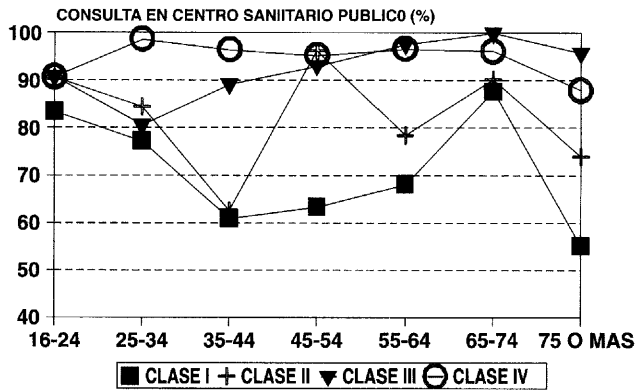


Figura 83

Consulta en atención primaria pública en mujeres según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

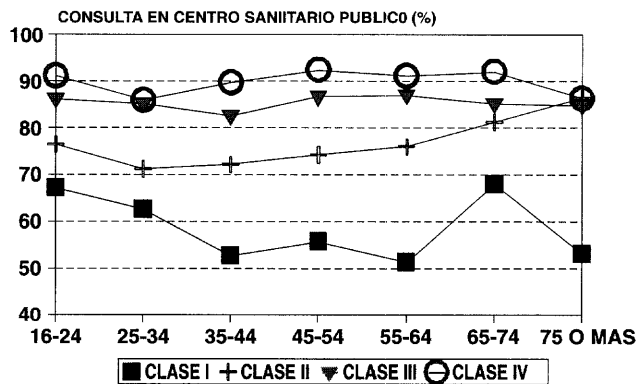
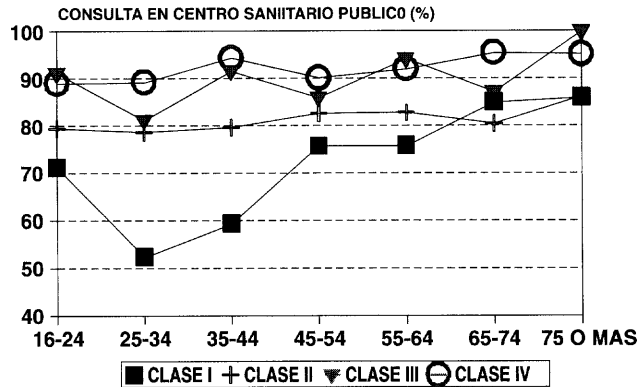


Figura 84

Consulta en atención primaria pública en mujeres según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993



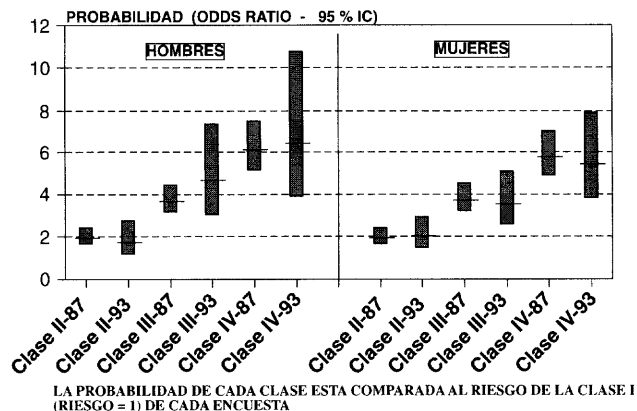
clases III y IV, que conforman entre el 60 y el 70% de la población española, han acudido a un centro sanitario público, y por lo tanto, en torno al 10% han elegido un médico encuadrado en un centro sanitario privado. Para la clase II, que constituye entre el 18 y el 22% de la población, más del 70% ha acudido también a un centro sanitario público. Es la clase I que constituye aproximadamente un 12% en el 87 y un 18% en el 93 de la población, la que acude más a un centro sanitario privado, en torno al 40%. También de forma generalizada para todas las clases sociales, la curva de consulta en la asistencia sanitaria pública semejaría una «U» en relación a la

edad, al acudir en mayor proporción los jóvenes y los mayores.

La probabilidad de consultar en un centro público se presenta en la figura 85. En ella puede observarse un claro gradiente de clase social para 1987 y 1993, tanto en hombres como en mujeres. Así, en hombres y en mujeres, la probabilidad de consulta en centro público es más de seis veces mayor para la clase IV que para la clase I tanto en el 87 como en el 93; en mujeres esta probabilidad está en torno al 5,5%. Es decir, la elección de consulta médica en centros sanitarios públicos o privados sigue un claro gradiente de clase.

Figura 85

Probabilidad de haber consultado al médico en un centro sanitario público según clase social en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



*Nivel de hospitalización*

El porcentaje de hombres y mujeres que han sido hospitalizados durante los doce meses anteriores a las encuestas de 1987 y 1993 fue de un 6,2% y un 7,6% en 1987 y de un 6,9% y un 8,0% en 1993 para hombres y mujeres respectivamente. Como se observa en las figuras 86 a 89, estos porcentajes varían con la edad: tanto en hombres como en mujeres se observa un incremento en los grupos de edad a partir de los 45 años de edad, y en mujeres además se observa el efecto en la tasa de hospitalización ligada al embarazo en edades jóvenes.

Los porcentajes de hospitalización sin embargo no parecen ser mayores para ninguna de las clases; por ejemplo, en los 12 meses anteriores a la encuesta de 1993 hubo un gran aumento en el porcentaje de mujeres hospitalizadas en comparación al mismo período para la encuesta de 1987. Este aumento en las mujeres mayores de los 55 años de edad se ha producido para todas las clases sociales. La ausencia de desigualdades evidentes en las tasas de hospitalización se observa para los hombres y para las mujeres, en 1987 y 1993. Esta ausencia de desigualdades está presente, asimismo, cuando se analizan las tasas de hospitalización según la renta de las

Figura 86

Hospitalización en los últimos 12 meses en hombres según grupos de edad y clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

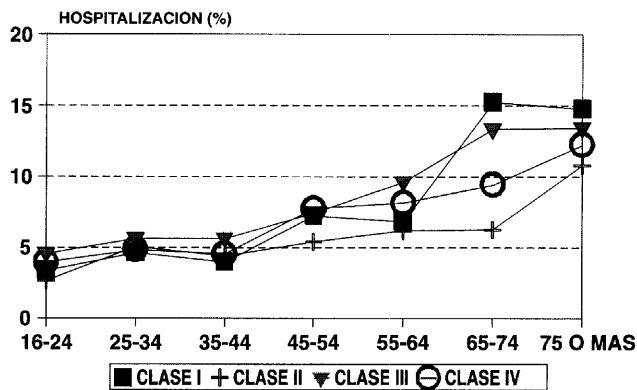


Figura 87

Hospitalización en los últimos 12 meses en hombres según grupos de edad y clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

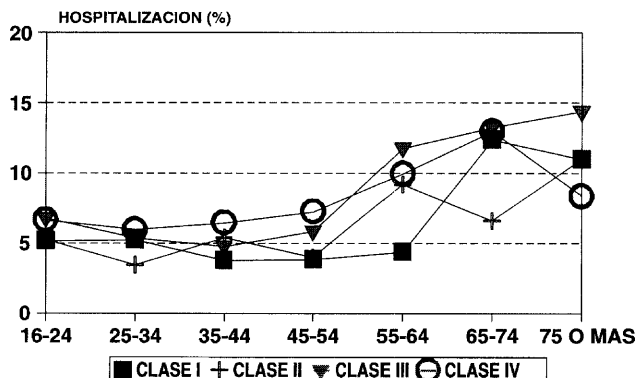


Figura 88

Hospitalización en los últimos 12 meses en mujeres según grupos de edad y clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

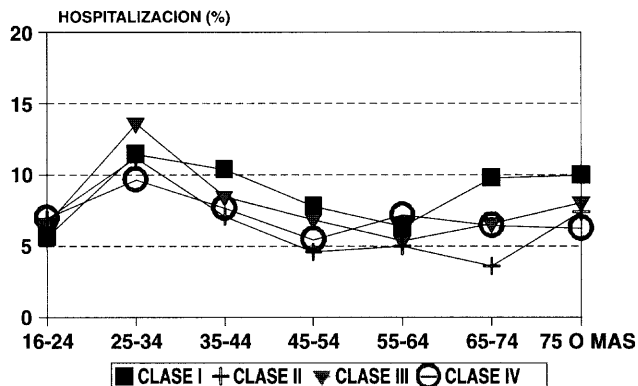
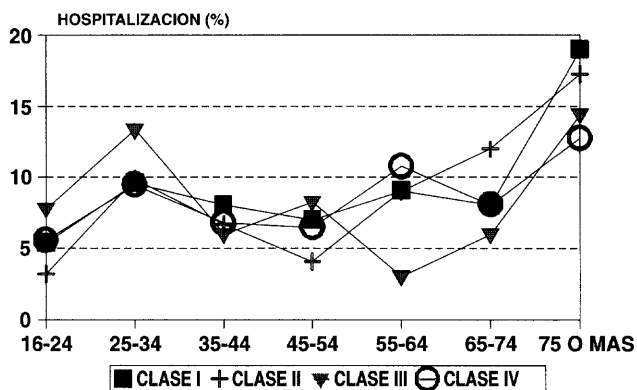


Figura 89

Hospitalización en los últimos 12 meses en mujeres según grupos de edad y clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993



Comunidades Autónomas. En las figuras 90 a 93, se presentan las tasas de hospitalización para hombres y mujeres en 1987 y 1993 según el nivel de renta de las Comunidades Autónomas.

Las variaciones que se observan no aparentan seguir ninguna tendencia definida en relación a las desigualdades entre clases. Análisis posteriores con regresión logística confirman la ausencia de tasas de hospitalización desiguales para las clases sociales en 1987 y 1993, para hombres o mujeres.

#### Consulta al dentista

En España, aun cuando el Sistema Sanitario oferta un gran número de servicios, los servicios dentales son servicios de titularidad eminentemente privada: son financiados por los usuarios que los demandan, y sus propietarios son profesionales o entidades al margen de la Sanidad Pública.

En nuestro país existe un claro patrón de desigualdad en cuanto a la utilización de los servicios dentales. Las figuras 94 a 97, presentan el por-

Figura 90

Hospitalización en los 12 meses anteriores en hombres según clase social y renta de las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1987. Porcentaje estandarizado por edad

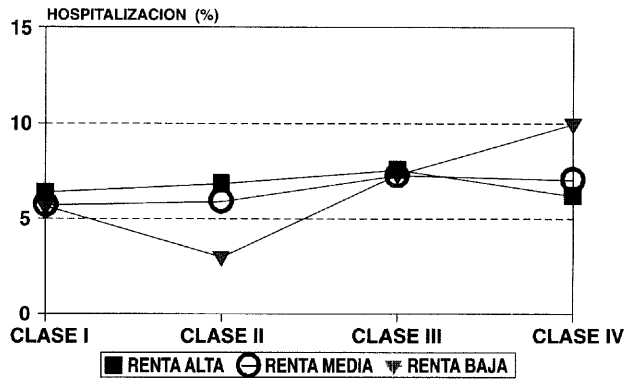


Figura 91

Hospitalización en los 12 meses anteriores en hombres según clase social y renta de las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentaje estandarizado por edad

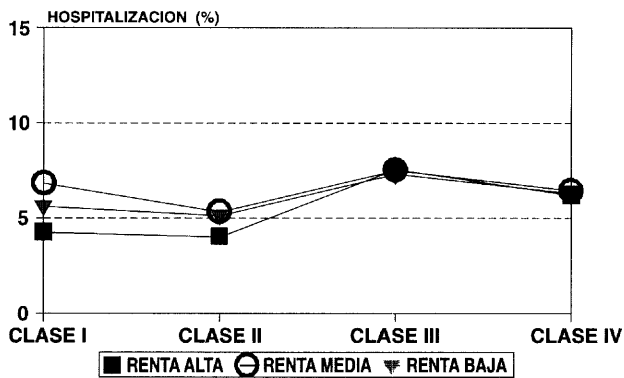


Figura 92

Hospitalización en los 12 meses anteriores en mujeres según clase social y renta de las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1987. Porcentaje estandarizado por edad

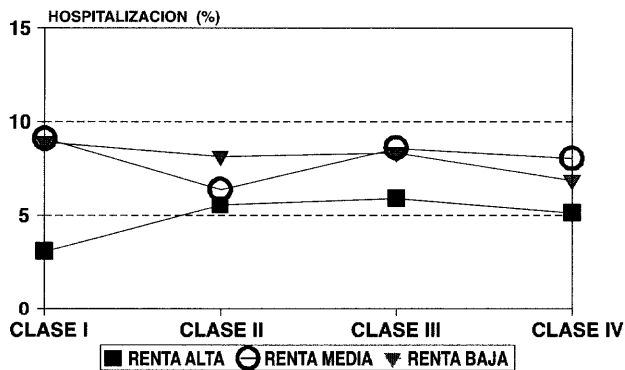


Figura 93

Hospitalización en los 12 meses anteriores en mujeres según clase social y renta de las comunidades autónomas en la Encuesta Nacional de Salud, 1993. Porcentaje estandarizado por edad

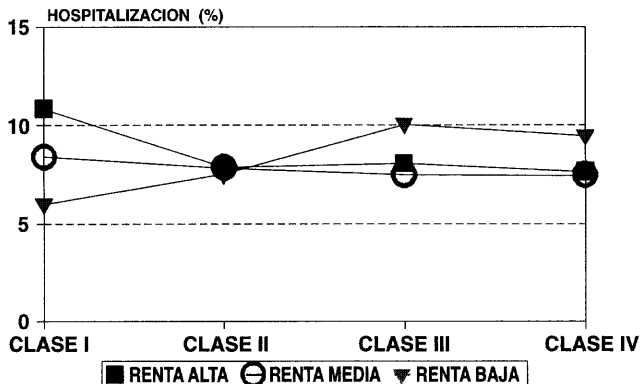


Figura 94

Consulta al dentista en hombres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

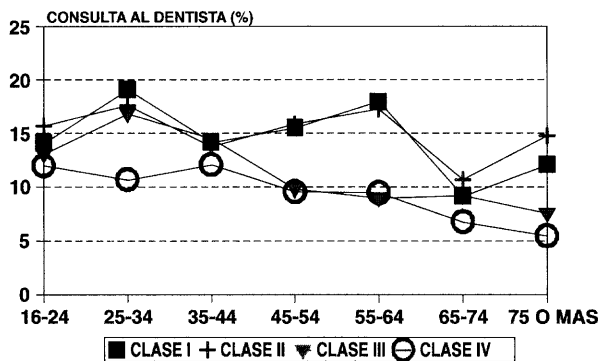


Figura 95

Consulta al dentista en hombres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993

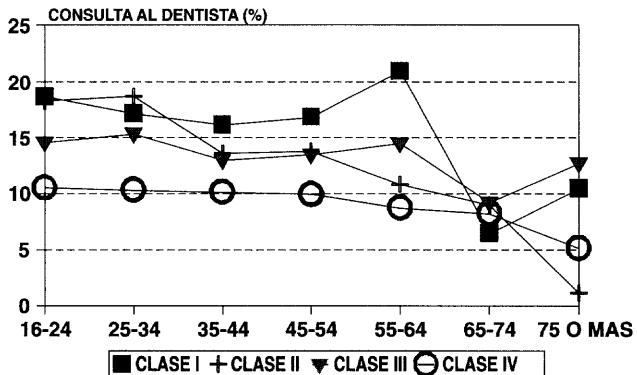


Figura 96

Consulta al dentista en mujeres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1987

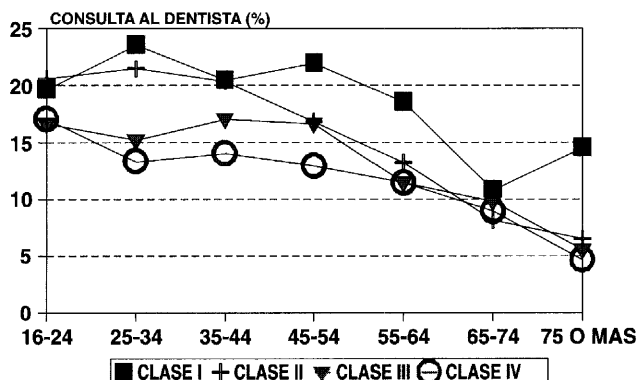
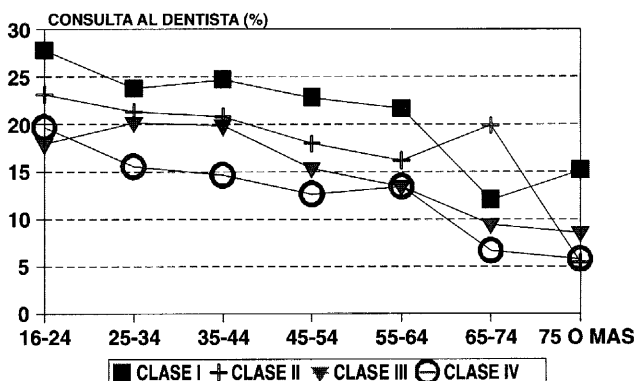


Figura 97

Consulta al dentista en mujeres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la Encuesta Nacional de Salud, 1993



centaje de personas, hombres y mujeres, que han acudido al dentista en los tres meses anteriores a las encuestas en 1987 y 1993 por grupos de edad.

En las figuras se puede observar que el porcentaje de personas que acudieron al dentista tiende a disminuir ligeramente con la edad, produciéndose un aumento para las personas mayores de 65 años.

En las figuras puede observarse que, en general, la clase I es la que más acude al dentista, seguida por orden de las clases II, III, y IV. Es decir, los datos sugieren un claro uso desigual de los servicios dentales dependiente de la clase social de los individuos. Además, parece que este

patrón de desigualdad es más nítido en 1993 que en 1987.

Las figuras 98 y 99, presentan la probabilidad de haber acudido al dentista por clase social, comparando los años 1987 y 1993 para hombres y mujeres.

Tanto en hombres como en mujeres dicha probabilidad disminuye a medida que vamos de las clases más altas a las más bajas. Pero además, y generalizando, dicha probabilidad es menor en 1993 que en 1987 para las clases sociales comparadas con la clase I. En mujeres, la clase II tiene una probabilidad un 20% inferior de acudir al dentista que la clase I en 1987 y 1993; para la clase III es un

Figura 98

Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos 3 meses en hombres en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993

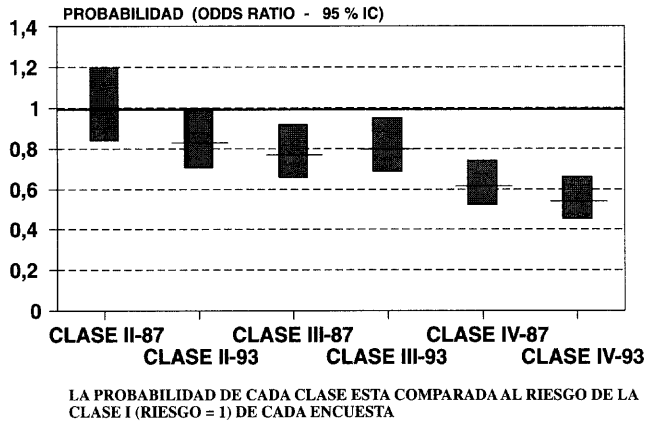
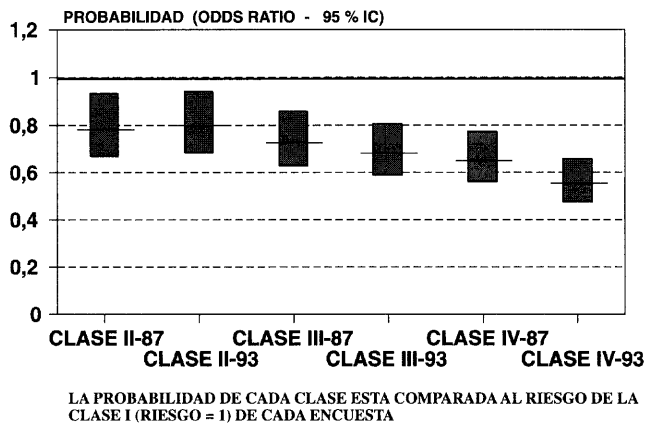


Figura 99

Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos 3 meses en mujeres en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



26% en 1987 y un 32% en 1993; para la clase IV la disminución de esas probabilidades son de un 34% y de un 43% respectivamente. En hombres, la clase II en 1987 tenía una probabilidad similar a la clase I; en 1993, esa probabilidad ha descendido un 17%; la clase II se mantienen alrededor del 20% menos que la clase I tanto en 1987 como en 1993; y la clase IV desciende de una probabilidad del 38% a un 44% menos que la clase I. Es evidente, por lo tanto, que el hecho de que la financiación y titularidad de los servicios dentales sea privada acentúa las desigualdades sociales en su utilización, contrastando con la disminución de las desi-

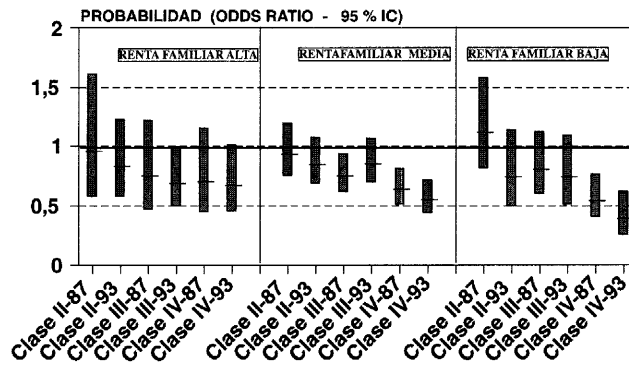
gualdades cuando los servicios sanitarios son públicos. Estos datos nos permiten concluir que la privatización de la financiación de los servicios sanitarios aumentaría las desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios.

Las figuras 100 y 101, muestran la probabilidad de acudir al dentista para hombres y mujeres en 1987 y 1993 y según la renta de las Comunidades Autónomas.

En hombres es muy evidente que esta probabilidad ha disminuido consistentemente de 1987 a 1993 para prácticamente todas las clase so-

Figura 100

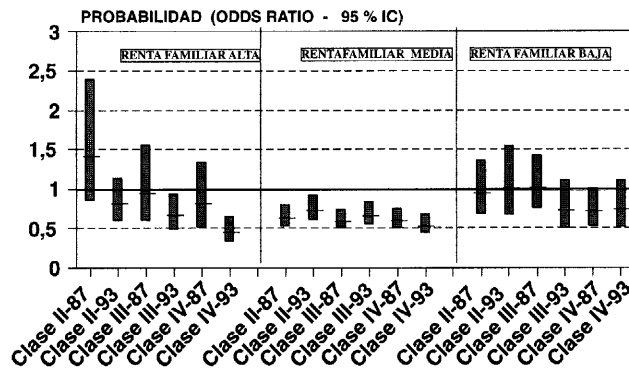
Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos 3 meses en hombres según clase social y renta de las comunidades autónomas en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



LA PROBABILIDAD DE CADA CLASE ESTA COMPARADA AL RIESGO DE LA CLASE I (RIESGO = 1) DE CADA ENCUESTA

Figura 101

Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos 3 meses en mujeres según clase social y renta de las comunidades autónomas en las Encuestas Nacionales de Salud, 1987 y 1993



LA PROBABILIDAD DE CADA CLASE ESTA COMPARADA AL RIESGO DE LA CLASE I (RIESGO = 1) DE CADA ENCUESTA

ciales, en comparación a la clase I, en todos los niveles de renta de las Comunidades Autónomas. Esta reducción en mujeres es tan sólo evidente en las Comunidades Autónomas de renta alta. En las otras Comunidades Autónomas algunas clases han ascendido y otras disminuido.

### 5.2.4. Conclusiones

En relación al estado de salud percibido se observa en ambas encuestas cómo el porcentaje de

hombres y mujeres con salud deficiente aumenta a medida que disminuye la clase social de los individuos; en concreto, la desigualdad aumenta a medida que lo hace la edad. Al mismo tiempo, entre 1987 y 1993 se ha producido una disminución de esta desigualdad en la valoración del estado de salud entre las clases sociales, particularmente para las edades a partir de los 55 años. Sin embargo, esta disminución de la desigualdad se ha producido en las Comunidades Autónomas con renta familiar disponible igual o mayor a la renta media nacional. En las Comunidades

Autónomas con renta familiar disponible significativamente inferior a la media nacional las desigualdades entre las clases sociales han aumentado. Segundo, existen evidencias de que una serie de padecimientos crónicos, tales como trastornos respiratorios (asma y/o bronquitis crónica), tensión arterial elevada, y diabetes, son padecidas con mayor frecuencia cuanto menor es la clase social de los individuos. Esta tendencia no es homogénea para hombres y mujeres; así estas desigualdades se constatan en la tensión arterial y la diabetes para las mujeres, y en los trastornos respiratorios para los hombres. Una enfermedad crónica, las alergias, ha sido reportada con mayor frecuencia en las clases altas, a diferencia de las otras enfermedades.

En nuestro país de 1987 a 1993 ha habido un descenso en la prevalencia de tabaquismo entre los hombres, aumentando ligeramente entre las mujeres. Entre los hombres, la prevalencia de tabaquismo es mayor conforme disminuye la clase social. En mujeres, la desigualdad es inversa, es decir, la prevalencia es mayor en las clases más altas. Tanto en los hombres como en las mujeres las desigualdades son más evidentes en las regiones de mayor renta aun y cuando la prevalencia de fumadores es menor. En hombres las desigualdades sociales no parecen haber aumentado significativamente de 1987 a 1993. En mujeres, sin embargo, la diferencia de todas las clases con respecto a la clase I ha disminuido de 1987 a 1993. Dado que en 1987 es el momento en el que la clase I tiene una probabilidad mayor de fumar, esta evolución es claramente negativa.

En hombres la prevalencia de quienes beben alcohol en exceso aumenta conforme disminuye la clase social. En mujeres, en cambio, no se observa un patrón claro. El consumo de alcohol es mayor en las regiones de menor renta entre los hombres, y en las mujeres lo es en las Comunidades Autónomas de mayor renta. Además, en los varones las desigualdades han aumentado entre 1987 y 1993. En cuanto al ejercicio físico durante el tiempo libre, existe una clara relación entre clase social y sedentarismo. Tanto en hombres como en mujeres a medida que disminuye la clase social aumenta el porcentaje de personas que no practican ejercicio físico. Este porcentaje además es mayor en las Comunidades Autónomas con renta familiar más baja. Asimismo, las desigualdades entre las

clases relativas a la práctica de ejercicio físico han aumentado del 87 al 93.

La proporción de hombres y mujeres con sobrepeso ha aumentado de 1987 a 1993. En mujeres existe un claro gradiente de clase social, existiendo un mayor número de individuos con sobrepeso a medida que se desciende de clase social. En hombres, esta tendencia es menos clara, aunque la clase I tiene una menor proporción de hombres con sobrepeso en 1987 y 1993. En mujeres ha habido una disminución de las desigualdades de 1987 a 1993, particularmente para las clases III y IV. En hombres, se apunta un ligero aumento de las desigualdades.

En 1993 se ha producido, en comparación a 1987, un aumento de las consultas al médico en hombres y en mujeres, lo cual puede deberse al distinto momento en que fueron realizadas las encuestas. Sin embargo, cuando se considera tan sólo a las personas con salud deficiente, las consultas al médico han disminuido en mujeres y han aumentado en hombres del 87 al 93. Ello significa un retroceso para las mujeres. En la consulta al médico no parecen existir claras evidencias de conductas diferentes por parte de las distintas clases sociales. El análisis sugiere la existencia de cierta desigualdad en las mujeres en 1993 entre la clase I, que consultaría más, y las clases II, III, y IV, que lo harían menos. Sin embargo, el conjunto es de una ausencia de tendencia de desigualdades en la consulta al médico. Más de un 80% de las personas que han consultado al médico lo han hecho en un centro sanitario público, en comparación a haberlo hecho en una consulta privada o sociedad médica. Esta proporción es muy claramente diferente según la clase social de los encuestados. Así, alrededor de un 60% de la clase I, más del 70% de la clase II, y alrededor de un 90% de las clases III y IV han acudido al médico en un centro sanitario público en ambas encuestas. En conjunto, cerca del 80% de los españoles que han visitado por última vez a un médico, lo han hecho en un centro sanitario público. En 1993 hubo un aumento de las tasas de hospitalización en comparación con las mismas en 1987. El análisis de las tasas de hospitalización no revela sin embargo tendencias claras que indiquen patrones de desigualdad. No se observan diferencias entre las clases sociales como tampoco aparecen de forma clara entre las Comunidades Autónomas de acuerdo al nivel de renta de las

mismas. Sin embargo, en nuestro país existe un claro patrón de desigualdad en la utilización de servicios dentales en 1987 y en 1993. La proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que disminuimos en la escala social. Pero además, esta desigualdad entre las clases parece haber aumentado de 1987 a 1993. En hombres este aumento ha ocurrido prácticamente para todas los niveles de renta de las Comunidades Autónomas. En mujeres, sin embargo, han sido las Comunidades Autónomas con mayor renta en donde el aumento de la desigualdad es más nítido.

## **6. POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD**

### **6.1. Desigualdades en salud: de la investigación a la acción**

En las dos últimas décadas el estudio de las desigualdades sociales en salud ha recibido, como hemos visto anteriormente (ver capítulo 3), una creciente atención en algunas de las naciones más desarrolladas. Así, el principal objetivo de las investigaciones realizadas se ha centrado tanto en conocer la existencia, la magnitud y la evolución de las desigualdades, como sus causas y consecuencias. Sin embargo, aunque se han hallado desigualdades sociales en salud en todas las sociedades, el actual debate no se dirige sólo a demostrar su existencia, sino a responder a una pregunta fundamental: ¿qué se puede hacer para corregirlas? (Whitehead y Dahlgren, 1991; Whitehead y Dahlgren, 1994). Las siguientes cinco razones, ordenadas en una secuencia lógica, justifican la necesidad de poner en práctica políticas socio-sanitarias correctoras de las desigualdades en salud: en primer lugar, en prácticamente todos los países en los que se dispone de las fuentes de información y los recursos para la investigación apropiados, se han hallado pruebas claras de la existencia de desigualdades tanto entre áreas geográficas, como entre las clases sociales, los géneros o los grupos étnicos. Más aún, en algunos casos las pruebas son abrumadoras y en ocasiones muy preocupantes, ya que a veces las desigualdades aumentan o son de enorme magnitud; segundo, la experiencia histórica demuestra que el simple hecho de ignorar la existencia de inequidades no hará que éstas desaparezcan, se autolimiten o reduzcan, ya que las políticas económicas y sociales que dejan al mer-

cado el libre albedrío de la distribución de recursos crean un aumento de las desigualdades; tercero, como ya señalamos, la mayor parte de investigaciones sobre desigualdades sociales en salud coinciden en señalar que son las causas socioeconómicas y políticas de carácter estructural las que mejor explican las desigualdades existentes; en cuarto lugar, estas causas no son inevitables, sino que en muchos casos pueden modificarse con un coste social razonable, o en todo caso, forman parte del conjunto de opciones que la sociedad debe elegir (Scott-Samuel 1986); finalmente, la puesta en práctica de políticas sociales y de salud tendrá un efecto favorable en la reducción de esas inequidades (Fox, 1989; Dahlgren y Whitehead, 1992; Benzeval, Judge y Whitehead 1995).

En este capítulo presentamos las bases históricas y conceptuales sobre las políticas sociales y sanitarias destinadas a reducir desigualdades, analizamos las principales políticas puestas en práctica en España a lo largo de los últimos años, y detallamos dos estudios de casos con intervenciones específicas de carácter social y sanitario realizadas en España.

### **6.2. El contexto internacional: antecedentes históricos, tipos de intervenciones y acciones prioritarias**

#### *Antecedentes históricos*

La producción de desigualdad social y una de sus consecuencias más inmediatas: la relacionada con la salud de los individuos, tiene sus orígenes más lejanos en el tránsito de las sociedades de cazadores y recolectores a las sociedades agrícolas y en el proceso de sedentarización y nacimiento de las ciudades (Dhoquois, 1977; Rosen, 1958/1993). Ya durante estas etapas históricas, las autoridades religiosas y políticas se encargan de realizar diversas acciones para reducir las desigualdades. La finalidad es doble: paliar los daños en la salud de la población y aumentar la estabilidad social.

En la cultura occidental, la desigualdad social en la salud se convierte en objeto de notable atención social y política a partir del Imperio Romano. Ya en la Edad Media, a la vez que se justifica la pobreza como necesaria para la obtención de la salvación eterna, la caridad se confi-

gura como una solución para responder a la pobreza, y así reducir o paliar las consecuencias de la enfermedad en el cuerpo humano (Kula, 1970; Le Goff, 1971; Dhondt, 1972). En este sentido, la Iglesia es la encargada de distribuir comida, ropas o dinero y administrar instituciones asistenciales tales como hospitales, baños, hospederías o refugios, los cuales, se financian gracias a las limosnas o a las donaciones.

A partir del siglo XIV, la crisis económica del sistema feudal, el impulso que cobran las ciudades, el desarrollo del comercio, la rearticulación de las clases sociales y la extensión del amplio abanico de enfermedades epidémicas que tienen su culminación en la epidemia de peste negra de 1348, cambiarán la percepción social de la pobreza. En este sentido, los desplazamientos masivos producidos por la peste y las hambrunas, hacen que el pobre pase de ser un individuo digno de misericordia a ser peligroso, y que la pobreza y la mendicidad dejen de ser un estado de virtud para convertirse en una situación socialmente rechazable muy ligada al vicio, la criminalidad y la ociosidad.

Los grandes cambios tecnológicos y culturales y la reestructuración de las clases sociales que tienen lugar durante el Renacimiento cambiarán definitivamente las ideas sobre el fenómeno de la pobreza. Mientras multitud de campesinos sin tierra, trabajadores en paro o sin oficio, soldados licenciados de las guerras de religión, delincuentes y maleantes vagan por los campos y ciudades de Europa huyendo de hambrunas y epidemias, los viejos hospitales, casas de reposo o de caridad resultan insuficientes, y el componente represivo frente a la pobreza toma una dimensión mucho más importante (Carpentier, 1993).

En este contexto se inicia la secularización de la asistencia caritativa o caritativa-sanitaria siendo los poderes públicos de carácter civil quienes tomen las riendas de la lucha y el control de la pobreza. No obstante, se hace visible la posición diferenciada del mundo protestante frente al católico, en la medida en que en este último se pone más el acento en lo represivo que en lo caritativo. Así, por ejemplo, aparecen las primeras legislaciones sobre pobres, entre las que destacan las leyes dictadas en Inglaterra a inicios del siglo XVII concretadas en instituciones como las «workhouses», destinadas al control, castigo y adoctrinamiento de los pobres y «rebeldes» para

obligarlos a la práctica de actividades productivas, financiadas por los entes civiles.

Ya en el siglo XVIII, el racionalismo ilustrado profundiza la secularización y desarrolla la concepción de que el Estado ya no es únicamente el instrumento para servir a los intereses personales del príncipe, del monarca, sino que es un instrumento que sirve a los intereses generales. Para enfrentar el problema de la desigualdad y la enfermedad, el Estado de la época abordará el tema desde la perspectiva del Despotismo Ilustrado. No ha de extrañarnos, por tanto, que en textos de salud de la comunidad como el de Peter Frank se plantee la superación de la pobreza como una necesidad a la que no puede sustraerse la autoridad política (Frank, 1790/1942). Al mismo tiempo, la convicción de que gracias a la ciencia el ser humano pueden cambiar el mundo que le rodea en su propio beneficio, altera la posición respecto a la enfermedad. Así, ésta deja de concebirse como un estado que difícilmente podrá ser transformado para convertirse en una situación transitoria susceptible de ser modificada. Los viejos «males de pobre» empiezan a ser considerados como procesos mórbidos tan curables como cualquier otra enfermedad.

Con la Revolución Francesa, y el nacimiento de la salud pública contemporánea, se proponen varias reformas clave de gran incidencia sobre las desigualdades sociales en salud: cambia la asistencia personal a los enfermos, crece la importancia de las atenciones ambientales y sociales en la salud, se reforman los hospitales, se libera a los enfermos mentales y, finalmente, cambia la enseñanza médica (Bridgman, 1963; Foucault, 1972).

Durante el siglo XIX, ante la pobreza y la enfermedad generada por la revolución industrial en Inglaterra, el liberalismo propone como remedios el desarrollo económico, la promoción individual y, en casos extremos, la beneficencia pública. Sin embargo, para el liberalismo radical, representado por Chadwick, las causas de la pobreza no tienen un origen individual, sino que son el resultado de las condiciones sociales. En este sentido, las luchas obreras que se extienden a lo largo del siglo XIX, denuncian la relación entre el hacinamiento y la miseria con la enfermedad, exigiendo la búsqueda de soluciones para estos problemas. Es de esta manera como aparecen algunos de los documentos clásicos en salud pública tales como el famoso informe de

Engels que analiza las condiciones de la clase trabajadora en la Gran Bretaña durante el establecimiento de la industrialización. En él se muestra como la escasa salud de dicha clase se debía a las condiciones de trabajo, vida y residencia de la población como resultado de las relaciones de poder existentes en aquel período (Engels, 1844/1981). Este documento influyó en gran manera sobre Virchow, considerado por algunos como el fundador de la salud pública, quién describió, en su bien conocido informe sobre las condiciones de salud de Silesia y otras regiones (de lo que era entonces Alemania), la pobre situación de salud en que vivían amplios sectores populares debido a sus condiciones sociales y económicas de vida (Virchow, 1985). Virchow recomendaba que para mejorar la salud de la población tenían que hacerse reformas económicas y sociales entre las que se encontraban una mejor redistribución de la renta, la riqueza y la propiedad de la tierra, reformas de la vivienda y el desarrollo urbano y una mejora de los servicios de saneamiento. Además, añadía también la necesidad de mejorar los servicios de atención médica sanitaria, aunque no los consideraba elementos muy importantes en la mejora de la salud de la población. Es importante subrayar que toda la evidencia científica acumulada prueba la validez de las afirmaciones del fundador de la salud pública. Las mejoras de la salud durante el siglo XX, tal y como se señaló en los capítulos introductorios, han sido resultado de la mejora en las condiciones sociales y económicas de la población y de las intervenciones dirigidas a disminuir las desigualdades sociales. Incluso hoy en día, los países de la OCDE que tienen mejores indicadores de salud (incluyendo menor mortalidad infantil y mejor esperanza de vida) son países como Suecia y Japón, que tienen las desigualdades de renta y riqueza menores (PNUD, 1995).

En la Europa occidental tales progresos se debieron en el período anterior a la Segunda Guerra Mundial al crecimiento del movimiento obrero que, en los países escandinavos establecieron (en alianza con los movimientos campesinos) las bases del estado de bienestar mientras que, en Alemania, en cambio, su propia fuerza atomizó a las fuerzas conservadoras estableciéndose el estado de bienestar como medida de control y dilución del conflicto social. Bismark, atomizado por la Comuna de París, estableció un tipo de seguridad social que contribuía a la división de la clase trabajadora al condicionar los beneficios sociales a las aporta-

ciones realizadas por los distintos componentes de la fuerza laboral (Navarro, 1994).

Después de la Segunda Guerra Mundial se establece plenamente el estado de bienestar debido en gran parte a la fuerza del movimiento socialdemócrata y como resultado de las alianzas de la clase trabajadora con las clases medias. Se establecen así políticas sociales y sanitarias de tipo universal en las que los beneficios sociales son garantizados como un derecho de la ciudadanía. De ese modo, el estado universalista de bienestar social se diferencia del estado asistencial (de corte caritativo, de origen cristiano) que tiene sus orígenes en aquellos países donde los beneficios sociales se distribuyen según las aportaciones de los distintos individuos al estado, limitándose las políticas sociales al cuidado de aquellos sectores no contribuyentes.

En aquellos países de la Europa Occidental donde el movimiento socialdemócrata fue poderoso (como en el norte de Europa), hubo un gran desarrollo del estado de bienestar y una reducción de las desigualdades sociales, mientras que en los países del sur de Europa como en Portugal, España y Grecia, donde dictaduras fascistas dominaron a un movimiento obrero reprimido y a una clase media poco desarrollada, el estado de bienestar estuvo hasta el principio de la democracia muy subdesarrollado. Por ejemplo, en 1965 el estado español gastaba más en el capítulo de defensa y control policial de la población que en sanidad y educación, mientras que en 1985 estos últimos representaban el 182% de los apartados citados (Navarro y Elola, 1995). Es también en los países del sur de Europa donde continúa habiendo mayores desigualdades (OCDE, 1995).

Mucho se ha avanzado en España en la mejora del estado de bienestar desde el establecimiento de la democracia, incluyendo, tal y como este informe documenta, la reducción de importantes desigualdades sociales en salud heredadas de períodos históricos anteriores. Ahora bien, este informe muestra también lo mucho que queda por hacer y el peligro de que en el futuro estos avances pudieran detenerse o incluso invertirse.

#### *Tipos de intervenciones*

En el análisis de las desigualdades sociales en salud hay, con excesiva frecuencia, un cierto pe-

simismo acerca de la posibilidad de mejorar la salud de la población mediante la reducción de las desigualdades sociales. Con demasiada facilidad, y a veces con cierta ligereza, se concluye que a no ser que haya cambios sustanciales de tipo macro-económico y social orientados a cambiar el modo de producción, no hay mucho que pueda hacerse dentro de las estructuras sociales y económicas actuales. Este informe no comparte esta postura. En este documento mostramos que hay mucho que puede y debe realizarse, tanto a nivel nacional como autonómico y local. De hecho, mostramos cómo varios gobiernos que responden a distintas opciones políticas, pero son sensibles a la situación social y al coste humano de mantener desigualdades sociales, han intervenido con éxito en su reducción, mejorando así el nivel de la salud de la población. Este mismo hecho demuestra también lo erróneo del argumento, procedente de opciones profundamente conservadoras, que se basa en el supuesto de que dado que siempre habrá clases sociales, no hay posibilidades de que estas diferencias puedan cambiarse. La experiencia empírica, incluyendo los ejemplos españoles a los que hacemos referencia, muestra la falsedad de aquella afirmación.

Las intervenciones destinadas a disminuir las desigualdades deben dar respuesta a cuatro preguntas generales: ¿qué debe hacerse?, ¿sobre quién?, ¿dónde aplicarlas? y finalmente, ¿quién debe aplicarlas? Así, es necesario caracterizar varios aspectos: en primer lugar, el tipo de intervención, ya sea de tipo socio-económico o sanitario; segundo, la población sobre la que se debe actuar, ya sea sobre la población general o sobre grupos de riesgo vulnerables; y finalmente, el nivel geográfico sobre el que intervenir: nacional, regional o local.

Además, las intervenciones pueden ser realizadas tanto por instituciones públicas como privadas. Así, las instituciones del Estado juegan un papel fundamental para reducir las desigualdades mediante la realización de dos tipos fundamentales de intervenciones. En primer lugar, las intervenciones de tipo institucional, redistributivo, consistentes en proporcionar servicios de forma totalmente independiente del mercado, sobre la base del principio de que hay unas «necesidades necesarias», a las que todos los ciudadanos han de acceder. Segundo, las intervenciones de carácter residual, que son aquellas en las que el

Estado interviene de forma subsidiaria al mercado o a la familia.

En su vertiente práctica, se han señalado las intervenciones orientadas a la población general y las dirigidas a grupos vulnerables, a través de la caridad, el voluntariado, la Iglesia, o la propia Administración y las estrategias de supervivencia que promueven la iniciativa personal.

Las intervenciones orientadas a la población general ponen tres elementos en juego. En primer lugar, la oferta de un servicio que una sociedad determinada percibe como una necesidad. Por ejemplo, la puesta en marcha de los servicios sanitarios en los estados de bienestar expresa el sentimiento colectivo de que la salud es un derecho irrenunciable y que su cuidado es una necesidad social. Segundo, la voluntad de que este servicio sea el máximo accesible para todos los miembros de la sociedad, independientemente de su nivel cultural, su pertenencia a una u otra clase social, género o minoría, es decir, se ofrece el servicio como derecho de ciudadanía y residencia. La oferta se realiza a todos los ciudadanos aún cuando, en función del diferente lugar que ocupan en la estructura social hagan un uso desigual del servicio que ha sido puesto a su disposición. Finalmente, el hecho de que este tipo de intervenciones sociales tienen una vocación de universalidad, es decir, la voluntad de resolver todos los problemas para los que se ha creado aquel servicio u oferta social. Así, un servicio nacional de salud se crea con la vocación de resolver todo el espectro de las atenciones sanitarias que puedan necesitar los ciudadanos que se encuentran bajo su cobertura. Un claro ejemplo de intervención social orientada a toda la población en general, es la puesta en marcha en muchos países de Europa, bajo diversas formas técnico-administrativas, de la cobertura sanitaria para toda la población.

Un segundo tipo de intervención va orientada hacia grupos particularmente vulnerables, que la sociedad tiende a desplazar del lugar que habitualmente ocupan en la sociedad, dejándolos en una situación familiar y personal cargada de dificultades. Ejemplo de ello son aquellas intervenciones practicadas sobre los desempleados de larga duración, las familias monoparentales, o las realizadas en zonas deprimidas social y económicamente. Estas áreas, definidas con frecuencia con el nombre de «bolsas de pobreza» se caracterizan por tener un bajo nivel de ingresos o de ser-

vicios básicos de saneamiento, y un alto número de pobres o de contaminación ambiental. En otros casos, no obstante, el grupo vulnerable puede encontrarse diseminado entre la población general. Así por ejemplo, los informes realizados hace pocos años por el Instituto de Estudios Metropolitanos de Barcelona, señalaban la gravedad de las condiciones de vida de las mujeres viejas, viudas o que viven solas (VV.AA. 1988). Las intervenciones dirigidas a estos grupos vulnerables, son intervenciones orientadas a que tengan unos mínimos económicos y asistenciales garantizados, que las necesidades más básicas puedan ser cubiertas y, que puedan acceder así a formas de vida y uso de servicios tal y como se dan en su entorno inmediato.

Es importante señalar cómo estos programas sanitarios y sociales dirigidos a grupos y poblaciones vulnerables son más eficaces cuando se realizan como parte de servicios universales que debieran siempre tener especial sensibilidad hacia los grupos que tienen mayores necesidades o tienen necesidades específicas. Cuando los programas realizados sobre poblaciones vulnerables o con necesidades específicas se proveen separados o en ausencia de la existencia de programas universales, nos encontramos con graves problemas como es el caso de Estados Unidos, donde la ausencia de un programa nacional de sanidad que ofrezca una cobertura sanitaria universal a la población dificulta enormemente las intervenciones sectoriales a favor de los grupos con necesidades específicas. Es por lo tanto de gran importancia señalar que estos cuidados y programas a las poblaciones especialmente vulnerables no deben ser sustitutorios sino complementarios de los programas de cobertura universal.

Por último, cabe señalar en este apartado cómo la eficacia de las políticas sanitarias y sociales depende de la participación de la ciudadanía en el desarrollo, puesta en marcha y evaluación de estas políticas. El estado de bienestar debe enriquecerse con la participación del usuario y/o ciudadano en la resolución de sus problemas. En este aspecto, creemos que el riesgo de burocratización del estado de bienestar, muy acentuado en España debido a la continuidad de la administración pública heredada del régimen político anterior (Navarro y Elola, 1995), debiera estimular una mayor flexibilización y modernización de esta administración pú-

blica (tanto central como autonómica) a fin de garantizar una mayor sensibilidad a las necesidades del ciudadano y usuario, así como su mayor participación en el desarrollo y evaluación de tales actividades y programas. A pesar de algunos intentos muy limitados, la tan necesaria democratización del estado de bienestar no ha sido tema prioritario en las políticas públicas de los gobiernos democráticos. La experiencia internacional, por otra parte, muestra que el éxito de las políticas públicas y sociales depende en gran manera de la participación de los agentes de la sociedad civil en el estado de bienestar. Es importante, por lo tanto, enfatizar la participación de la sociedad civil en la resolución de los problemas sociales, siempre y cuando este énfasis no signifique una estrategia sustitutoria de las necesidades de ampliación de un estado de bienestar que está todavía hoy en España poco desarrollado. Queremos indicar, con ello, que no creemos en la dicotomía que se presenta con gran frecuencia de sociedad civil versus estado. Creemos que la sociedad civil debería estar en el estado no solo a través de mecanismos de democracia representativa sino también a través de elementos de participación directa del ciudadano y/o residente y/o usuario en las distintas facetas del estado de bienestar.

#### *Acciones prioritarias*

El objetivo de las políticas no puede ser eliminar las desigualdades en salud sino reducir esas desigualdades al mínimo, creando oportunidades iguales y reduciendo o eliminando aquellos factores que se vean como evitables e injustos. Para ello, las intervenciones generales deben concretarse, en cada caso, en acciones prioritarias específicas, racionales y solidarias, relacionadas con los factores causales de desigualdades más relevantes y modificables. Así, primero, se debe analizar cómo reducir las desigualdades sociales más importantes y de solución más factible, y en segundo lugar, poner en práctica las políticas más eficientes. Para lo primero se requiere información y análisis, para lo segundo, se necesita plantear y resolver conflictos y combatir las resistencias políticas a una estrategia pro-ecuidad (Ortún 1988; Benach 1995).

Whitehead ha planteado siete principios generales que las políticas sanitarias de reducción

de las desigualdades deben tener en cuenta: 1) la mejora de las condiciones de vida y trabajo de la población. La intervención sobre el acceso y calidad de los alimentos, el agua potable, o la contaminación ambiental son ejemplos de acciones generales sobre la población. Las políticas ante el desempleo o la pobreza son ejemplos de acciones específicas; 2) la necesidad de lograr que se adopten estilos de vida más saludables, en especial en los grupos más vulnerables y necesitados; 3) la descentralización del poder y la toma de decisiones con el fin de promover la participación popular acorde con las propias necesidades de la población. Ello implica, que la población más vulnerable halle la manera de expresar sus necesidades; 4) la valoración del impacto sobre la salud en el campo de la acción intersectorial. Ello conlleva el que se tenga en cuenta el objetivo de mejorar la salud en cualquier plan de desarrollo social o económico; 5) dada la estrecha interrelación entre las políticas sociales y sanitarias de los países debe existir un interés mutuo a nivel internacional para controlar diversos problemas de salud. La producción y exportación de productos tóxicos, de fármacos no autorizados, los flujos migratorios, o el control de la contaminación ambiental son ejemplos de esa interrelación; 6) lograr el máximo acceso, y la mayor calidad de la atención sanitaria para toda la población. Se trata de, por ejemplo, examinar la distribución de recursos según las necesidades sociales y sanitarias, la distribución geográfica de los servicios o las razones de por qué no se usan servicios esenciales; 7) realizar la investigación, seguimiento y evaluación adecuados sobre las políticas para conocer su efectividad real (Whitehead y Dahlgren 1991).

Entre las estrategias más importantes citadas en la literatura especializada destacan las siguientes: primero, actuar sobre las desigualdades en salud de los niños porque son acciones relevantes, efectivas y son consideradas situaciones inaceptables para el público; segundo, mejorar las condiciones laborales y de vivienda de la población, y muy en especial la de los grupos más necesitados; tercero, actuar sobre áreas geográficas con privación material y social muy alta; cuarto, lograr que se adopten hábitos de conducta más saludables, en especial en los grupos más vulnerables; y quinto, mejorar el acceso, y la calidad de la atención sanitaria de toda la población.

### 6.3. Políticas sociales y sanitarias en España correctoras de desigualdades

No es objetivo de este informe detallar las políticas sanitarias y sociales realizadas a nivel del estado español que han tenido impacto en reducir las desigualdades sociales y mejorar la salud del pueblo español (FOESSA, 1994; Aguilar, Gaviria y Laparra, 1995; Navarro y Elola, 1995; Navarro y Borrell, 1996). En este sentido, las políticas sociales de ámbito estatal realizadas en el campo de la educación, las pensiones y de protección del desempleo, así como la generalización en España de lo que se ha denominado el «salario social» en las Comunidades Autónomas, han jugado un importante papel. En el campo sanitario, la universalización de la sanidad (a partir de la Ley General de Sanidad de 1986) ha facilitado, a pesar de sus insuficiencias, la mayor utilización de servicios a sectores de la población marginados o atendidos por servicios de corte asistencial de menor cobertura que el Sistema Nacional de Salud, disminuyéndose así algunas desigualdades sociales (Freire 1993; Freire e Infante, 1995). También merece ser destacado el importante impacto que la reforma de Atención primaria (que ha originado el establecimiento de una nueva red de centros de atención primaria que cubre el 60% de la población española), o la redistribución de camas hospitalarias han tenido en la corrección de desigualdades. Estudios recientes han mostrado cómo las clases más beneficiadas por los nuevos centros de atención primaria han sido las clases populares, que no sólo han visto mejorar la calidad de su asistencia sino también el nivel de su satisfacción, elemento esencial en la evaluación del sistema sanitario. Es más, en un estudio realizado en Mataró (Barcelona), se señaló cómo las clases populares (clases IV y V, clase trabajadora cualificada y no cualificada), a partir del establecimiento de los nuevos centros de atención primaria, vieron reducidas sus necesidades de utilizar los servicios de urgencias hospitalarias en grado mayor que las clases más acomodadas (clases I y II, profesionales y directivos) (Bolívar y Pera, 1996). Esto es indicador del posible impacto positivo que en la reducción de las desigualdades han tenido los nuevos centros de atención primaria. Es importante señalar, sin embargo, como estos efectos positivos han podido ser contrarrestados por otros efectos negativos (como el aumento del desempleo) generadores de desigualdades, y políticas públicas, como el aumento de la preca-

riedad laboral, que indirectamente hayan podido aumentar las desigualdades sociales.

En los apartados que siguen presentamos dos ejemplos de intervenciones, realizadas a nivel autonómico y municipal, de políticas sociales y sanitarias encaminadas a mejorar el estado de salud y bienestar de la población. Hemos escogido ejemplos de gobiernos con distinta orientación política para mostrar que existen ejemplos efectivos de reducción de las desigualdades en la práctica gubernamental de distintas posturas políticas. La sensibilidad social debiera ser característica de todas las fuerzas democráticas.

Otro punto que creemos importante subrayar es que las políticas encaminadas a reducir las desigualdades afectan a todos los sectores de la población y no sólo a las poblaciones con recursos. Este informe muestra cómo hay un gradiente de salud en la población de manera que, en general, las poblaciones con mayores recursos tienen mejores niveles de salud que las que tienen menos recursos, y ello ocurre en todas las clases sociales. Es importante, por lo tanto, enfatizar que las políticas encaminadas a reducir las desigualdades cuando se dirigen a todas las clases sociales mejoran el nivel de salud de toda la población.

En este informe, no obstante, nos hemos centrado en ejemplos de políticas sanitarias y sociales dirigidas a mejorar las condiciones de vida, bienestar social y salud, de los sectores más vulnerables de la población que más sufren las consecuencias de las desigualdades. Presentamos así el plan integral de lucha contra la pobreza de Euskadi realizado durante el período 1988-1992, y el programa de reducción de desigualdades realizado por el Ayuntamiento de Barcelona a partir de 1986, y muy en particular el programa de atención materno infantil del distrito de Ciutat Vella y la intervención sociosanitaria realizada en tuberculosos indigentes.

#### **6.4. Un ejemplo de intervención social: el plan integral de lucha contra la pobreza en Euskadi (1988-1992)**

Uno de los programas más interesantes realizado en España dirigido a reducir las desigualdades sociales es el Plan Integral de lucha contra la pobreza aplicado en Euskadi entre 1988 y 1992. El plan, llevado a cabo por el Gobierno Autónomo Vasco y gestionado por las Diputa-

ciones, Ayuntamientos y otras entidades e instituciones con competencias en materia social, supuso la creación del primer dispositivo de renta mínima de inserción —el Ingreso Mínimo Familiar, más tarde sustituido por el Ingreso Mínimo de Inserción— y desencadenó el establecimiento de otros programas de ayudas y medidas de contenido social, que suelen englobarse bajo el término de «salario social».

#### *Antecedentes*

Los orígenes del plan radican en el impacto que suscitaron los resultados de un estudio sobre la pobreza en el País Vasco elaborado por el Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y que fue sintetizado en el informe «La pobreza en la Comunidad Autónoma Vasca» (Gobierno Vasco 1986; Gobierno Vasco, 1987). El estudio, realizado a principios de 1986, ponía de manifiesto la repercusión de la crisis económica en la génesis de la pobreza y la exclusión social en la sociedad vasca.

Los datos más relevantes del estudio son los siguientes: Primero, un 38,5% de los hogares vascos estaban en situación de pobreza o de precariedad económica, entendiendo estos conceptos en un sentido amplio, como carencia de ingresos o bienes materiales suficientes para alcanzar los niveles de consumo mínimos a los que aspira la población española en general. Segundo, un 22,4% de hogares, es decir, unos 133.700, se hallaban afectados por un nuevo tipo de pobreza al ver reducidos sus ingresos habituales como consecuencia de la crisis económica.

Casi el 90% de estos hogares, sufría un deterioro relativo en su capacidad de consumo que podría ser solventado mediante un relanzamiento relativamente rápido de la economía. Por el contrario, cerca del 10% de hogares se veían afectados por una forma de pobreza grave.

Los colectivos más desfavorecidos que vivían en una situación de precariedad y pobreza múltiple, alcanzaban los 54.100 hogares. Dentro de ellos se pueden distinguir varias subcategorías: un 0,5% de hogares estaban en condiciones absolutamente miserables, propias de países del Tercer Mundo, y un 3% de hogares se hallaban en condiciones de gran precariedad. En algunas de estas familias se llegaron a detectar, incluso, carencias reales en materia de alimentación. Por

último, una proporción del 6,9% de los hogares vascos, englobaba a aquellos colectivos en los que se detectaba algún tipo de situación carencial relacionada con la disponibilidad de bienes materiales de consumo duradero, pero que disponían de unos ingresos suficientes para hacer frente a las necesidades de la vida cotidiana.

Otros aspectos de importancia puestos de manifiesto por el estudio son los siguientes: En primer lugar, la especial incidencia de la pobreza en algunos grupos de población tales como los más jóvenes y los más viejos.

Segundo, la desigual distribución de la pobreza en el territorio vasco, existiendo una mayor incidencia en Vizcaya —a causa de la crisis económica y la reconversión industrial—, en las comarcas rurales de montaña, en los cascos antiguos de las ciudades y en los barrios obreros de las grandes capitales, habitados en su mayoría por ancianos sin recursos, inmigrantes y desempleados. Tercero, la desventaja comparativa que afecta a las mujeres frente a los hombres (casi un 13% de hogares encabezados por mujeres sufren de pobreza absoluta, frente a casi un 4% en el caso de los hombres). Cuarto, la estrecha relación existente entre precariedad económica y nivel cultural: a mayor nivel cultural, menor probabilidad de pobreza y precariedad, y viceversa.

Quinto, las importantes carencias del sistema español de seguridad y protección social, sobre todo en lo relativo a protección de determinadas capas de la población: personas dependientes de pensiones de viudedad o invalidez, mujeres separadas y divorciadas, familias monoparentales, y muy especialmente, el amplio colectivo de los desempleados. Finalmente, el estudio realiza una primera aproximación a la realidad de la pobreza en Euskadi en el contexto de los Estados miembros de la Unión Europea.

#### *Elaboración del programa*

El impacto social y político desencadenado por el Informe sobre la Pobreza así como su debate público, ampliamente reflejado por los medios de comunicación, llevaron al Parlamento Vasco a demandar del Gobierno la elaboración de un programa específico de lucha contra la pobreza. Su elaboración le fue encomendada a la Comisión de Trabajo y Bienestar Social del Parlamento Vasco, posteriormente llamada

Comisión de Trabajo y Sanidad. A finales de marzo de 1988 fue aprobado el proyecto con el nombre de «Proyecto de Programa sobre la Pobreza en la Comunidad Autónoma del País Vasco».

La Comisión encargada del proyecto tuvo en cuenta 5 aspectos fundamentales para su elaboración: En primer lugar, era necesario establecer un período rígido para el desarrollo de las acciones de lucha contra la pobreza. Dicho período quedó establecido en el cuatrienio 1989-1992. En segundo lugar, el objetivo del plan no sólo pretendía atacar determinadas carencias sangrantes sino reinsertar a las personas y colectivos afectados a una vida social más normalizada. En tercer lugar, el Plan se concibió como una voluntad coordinada interinstitucional e interdepartamental, no como una lucha de competencias o duplicación de funciones y servicios entre los distintos entes administrativos de gestión. En cuarto lugar, todas las instituciones implicadas (Gobierno Vasco, Diputaciones, etc.) debían contar con partidas presupuestarias específicamente definidas en sus Presupuestos para hacer frente a los distintos programas diseñados en el Plan. Finalmente, ya en la misma filosofía del Plan se concibe su seguimiento y su evaluación.

El Proyecto de Programa fue ratificado en abril de 1988, y cinco meses más tarde se anunció formalmente en el Parlamento la intención de establecer un «Plan Integral de Lucha contra la Pobreza» (Gobierno Vasco 1991).

#### *Niveles de intervención*

El Plan integral se desarrolla a través de tres programas o niveles de intervención, dos de los cuales se concretan en prestaciones económicas y sociales precisas, y el último, en medidas algo más generales e indeterminadas. Los niveles son los siguientes: Nivel I: El ingreso mínimo de inserción (IMI); Nivel II: Las ayudas de emergencia social (AES); Nivel III: Las medidas sectoriales para la inserción (MSI).

#### *Nivel I. El Ingreso Mínimo de Inserción (IMI)*

Fue concebido para atender a quienes no percibían ningún ingreso. Consiste en la asignación de un salario social por unidad familiar que ga-

rantice progresivamente niveles de ingresos equivalentes a los percibidos por los titulares de pensiones contributivas o asistenciales.

El ingreso mínimo de inserción, se configura como un salario social que se funda en los siguientes principios: no es un programa sustitutivo de los que actualmente existen en los diversos programas sociales, no trata ni pretende crear una nueva clase pasiva que viva parasitariamente y se cronifique en su situación, y debe posibilitar una situación en la que se den las condiciones para que el beneficiario pueda dejar el Programa y las causas que lo motivaron y, en consecuencia, salir de la situación de marginación en la que se encuentra. La concesión de este salario social lleva aparejada la obligación de comprometerse, por parte del beneficiario, a realizar aquellas contraprestaciones que se establezcan en un Plan Individual de Inserción, para lo cual debe firmar un Convenio de Inserción. El IMI se configuró, pues, como una prestación de tipo social, de nuevo tipo, de duración indeterminada —mientras duren las circunstancias que determinasen su solicitud—, para situaciones de extrema necesidad, a diferencia de su antecesor el Ingreso Mínimo Familiar (IMF) que se caracterizaba por ser, de hecho: «de naturaleza subvencional a fondo perdido».

Para poder acceder al IMI, los solicitantes deben constituir un hogar independiente como mínimo con un año de antelación a la fecha de presentación de la solicitud. Los beneficiarios deberán tener cumplidos 25 años y no sobrepasar la edad mínima exigida para tener derecho a una pensión pública por ancianidad.

#### *Nivel II: Las ayudas de emergencia social (AES)*

El Plan define las ayudas de emergencia social (AES) como prestaciones orientadas a resolver situaciones generadas por carencias concretas que afectan a los recursos e ingresos, tanto de unidades familiares, como de personas individuales. Su objetivo final es evitar la desestructuración familiar y la aparición de nuevas situaciones de marginación como consecuencia de la vivencia de realidades económicas de emergencia. El desarrollo de esta actuación, fundamentalmente orientada a la promoción social, se encomienda a los servicios

sociales de base existentes en cada uno de los territorios históricos.

Las AES desbordan en cierta medida el concepto estricto de emergencia, ya que van más allá de atender situaciones imprevistas y no habituales en colectivos desfavorecidos. De hecho, podemos definir al menos 4 tipos diferenciados de entre los aspectos abordados por estas ayudas: 1) Gastos de mantenimiento de carácter habitual, como gastos de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda habitual y otros gastos relativos a necesidades primarias (tales como vestido, instrucción básica —prescolar, EGB o educación especial—, o atención sanitaria. 2) Gastos de inversión en bienes básicos, como la compra de mobiliario necesario o electrodomésticos, o los gastos en reparaciones e instalaciones, etc. 3) Gastos de endeudamiento previo, originados por alguno de los conceptos establecidos en los anteriores puntos, inclusive deudas en concepto de amortización e intereses de préstamos por adquisición de vivienda habitual. 4) Gastos propiamente de emergencia, como los relacionados con la cobertura de necesidades imprevistas y no habituales.

Las Ayudas de Emergencia Social van dirigidas a hogares cuyos ingresos sean inferiores a 1,5 veces el baremo del IMI y su importe máximo viene fijado en una orden anual para cada concepto. Pueden solicitarlas todas las personas mayores de edad y sólo se requieren 6 meses de empadronamiento en la comunidad. Por lo tanto, los beneficiarios pueden ser tanto las unidades convivenciales como las personas individuales, aunque la referencia en el momento del cálculo de las ayudas sea siempre la unidad convivencial.

Estos elementos tan flexibles permiten que las AES sirvan para atender a situaciones de gran dificultad que quedan excluidas del IMI por sus requisitos más rígidos. Además, la percepción del IMI no es incompatible con la percepción de las AES.

#### *Nivel III. Las Medidas Sectoriales para la Inserción (MSI)*

El tercer nivel del Plan está constituido por las políticas sectoriales que deben desarrollarse para abordar toda la problemática de la pobreza y la marginación. Según el Plan deben abor-

darse una serie de medidas sociales y económicas desde una perspectiva integral y de colaboración interinstitucional, ya que se trata de una responsabilidad compartida por todas las Administraciones Públicas y las iniciativas privadas colaboradoras. Las medidas de los distintos Departamentos del Gobierno deben pues, complementarse con las actuaciones sectoriales llevadas a cabo por las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, bajo una necesaria coordinación.

En el Plan, la idea de inserción aparece reflejada fundamentalmente de dos modos: la regulación de la contraprestación, entendida como el instrumento para el acceso de los beneficiarios al salario social, y el llamado tercer nivel o mecanismo más general, que engloba las medidas sectoriales de lucha contra la exclusión.

Para evitar que el salario social tendiera a consolidar la marginación y cronificara una situación de dependencia del beneficiario que recibe una ayuda económica de la Administración, se ha establecido la formulación de un compromiso o pacto por el que el beneficiario, a cambio de la ayuda económica, debe desarrollar una serie de medidas que garanticen su reinserción. Es el principio de la contraprestación. Los servicios sociales, en el plazo máximo de tres meses desde la concesión del IMI, elaborarán las condiciones de dicha contraprestación que se articulan, a través de un Plan Individual de Inserción, mediante un Convenio de Inserción. El incumplimiento del convenio por parte del beneficiario, puede ser motivo de extinción de la ayuda.

Las acciones realizadas hasta ahora se han situado en las siguientes áreas de intervención: formación ocupacional, integración familiar, integración sociocomunitaria, salud y participación laboral. Estos dispositivos no han estado en su mayoría dirigidos a la población receptora del IMI, sino dirigidos a la inserción de colectivos en mayor dificultad y han sido promovidos por entidades forales y locales y por iniciativas sociales de distinta procedencia.

### *Evaluación*

En junio de 1992 se presentó ante el Parlamento el «Informe de Evaluación del Plan Integral de Lucha contra la Pobreza en el período

1988 a 1992» (VV.AA., 1992). De esta evaluación y de otras posteriores, se pueden destacar los siguientes datos: entre 1989 y 1992, unos 24.000 hogares han percibido alguna de las prestaciones del Plan, lo que supone un 3,8% de los hogares vascos. Entre 1989 y 1993 cerca de un 3% de hogares percibieron el IMI (17.980 hogares con unas 54.000 personas). En diciembre de 1993 había ya 9.454 hogares que cobraban el IMI, lo que supondría un 1,5% del total de hogares vascos. En el ingreso mínimo de inserción, se ha conseguido un alto nivel de cobertura. En 1992 se cubrió un 85,2% de la demanda potencial a largo plazo. Del 14,8% restante, un 5,4% ya lo había solicitado, un 0,4% no lo conocía pero lo solicitaría, y cerca del 9% no lo conocía pero no recurriría al IMI. Esto supone que la práctica totalidad de los hogares con derecho al IMI, o bien ya habían accedido o bien estaban en proceso de acceder a él.

Valorando los datos en términos de protección social general, el IMI ha beneficiado fundamentalmente a dos tipos distintos de colectivos: a los desempleados sin subsidio o prestación por desempleo o con una incidencia insuficiente de los mismos para cubrir las necesidades existentes, y a las mujeres solas con hijos y sin ingresos. Según el Informe de Evaluación: «Un rasgo común a estos dos colectivos es la incidencia de factores de riesgo asociados, principalmente en términos de bajo nivel cultural, malos niveles de salud, incidencia de drogodependencias, pertenencia a minorías étnicas marginadas, etc. Estos factores representan tanto causas como consecuencias de la propia situación de pobreza, y acaban constituyendo, en muchos casos, el fundamento real de la situación de marginación, más allá de la ausencia de recursos económicos».

El perfil que hace más probable la entrada en el IMI es ser cabeza de familia hombre o mujer separado/a o divorciado/a, entre 16 y 24 años (y en menor grado entre 25 y 34), que viven solos/as. Otra característica destacable en la población beneficiaria del IMI es la estrecha relación entre pobreza extrema y desempleo. Un 62% de los titulares en enero de 1992 eran parados. Uno de cada cuatro hogares, un 26,8% presenta problemas graves de salud. Destacan sobre todo las deficiencias o enfermedades físicas (un 17,1%) y las psíquicas (un 5%). La incidencia del consumo de drogas y/o alcohol es también notable, afectando a un 3,3% de los titulares.

En cuanto a la evaluación sobre los datos relativos a los perceptores de las AES hay que destacar que su grado de cobertura es inferior al del IMI. La cobertura de la demanda potencial se sitúa entre el 50 y el 70%. Muchos perceptores del IMI reciben alguna ayuda de emergencia social, pero también un mismo hogar puede ser perceptor de varias AES. En el período 1989-1991 el promedio de AES por hogar es de 2,39%, lo que supone un esfuerzo importante en apoyo de las familias en situaciones de necesidad económica grave. Un 61,1% de las familias han recibido ayudas para cubrir necesidades personales primarias, entre un 25 y un 45% para conceptos previstos en materia de vivienda y un 21,7% de las familias han recibido ayudas para cubrir gastos de arrendamiento previo.

La gran mayoría de las AES se han destinado a los gastos de vivienda de las familias más pobres. Alrededor de dos tercios del volumen de ayudas y fondos destinados a las AES corresponden a gastos de arrendamiento, mantenimiento, equipamiento y reparación de las viviendas. También el 9,1% de las ayudas (10,1% de los fondos) que se destinan al pago de las deudas, corresponden a deudas derivadas de la vivienda. Las ayudas más cuantiosas corresponden al pago de alquileres y le siguen en importancia las ayudas destinadas a necesidades primarias no bien cubiertas por el propio IMI.

En cuanto a los resultados de la aplicación del tercer nivel y de la política de inserción en general, hay que destacar tres aspectos diferenciados: 1) las actuaciones desarrolladas de cara a la planificación y programación global de las medidas sectoriales; 2) la intervención general definida a nivel de los servicios sociales de base y los demás organismos relacionados con la gestión directa de la inserción; 3) la aplicación concreta de la política de contraprestaciones prevista en la normativa del IMI.

Primero, actuaciones desarrolladas en el campo de la inserción de cara a la planificación y programación global: A nivel global hay que destacar la elaboración del «Programa de Inserción» por parte del Departamento de Trabajo y Seguridad Social, que establece el marco general para el desarrollo de las acciones de inserción. Sin embargo, éste no es un auténtico programa de actuación, ya que se limita a establecer un marco teórico sin profundizar en los objetivos a cumplir ni en los instrumentos de su

aplicación. De hecho, deja la labor de inserción en manos de los servicios sociales de base.

Segundo, intervención realizada a nivel de los servicios sociales de base y demás organismos relacionados con la gestión directa de la inserción: A nivel gubernamental cabe destacar las siguientes actuaciones: 1) la universalización de la asistencia médica; 2) la ampliación de la oferta de escolarización a todos los niños y niñas desde los tres años; 3) la potenciación de las medidas de acceso a nueva vivienda y/o para la rehabilitación de las viviendas ya ocupadas; 4) la potenciación de los planes de empleo y formación, con la definición de un tipo específico de ayuda para los beneficiarios del IMI; 5) la puesta en marcha en Euskadi de las prestaciones no contributivas, en colaboración con las Diputaciones Forales.

A nivel de Diputaciones Forales las actuaciones se han centrado sobre todo en relación al trabajo social con el sector beneficiario, a través de los programas de ayudas y subvenciones con carácter ordinario. También se han desarrollado otros programas de promoción social dirigidos tanto a beneficiarios como a no beneficiarios del Plan.

Los programas de inserción municipales se han centrado sobre todo en los siguientes objetivos: elevar el nivel de autoestima de los beneficiarios, elevar su nivel cultural, incidir en problemáticas de integración y organización familiar y personal, favorecer las condiciones de empleo, prevenir la marginación infantil y juvenil y desarrollar las habilidades sociales de los beneficiarios. Las áreas de intervención en las que se desarrollan los programas de inserción son las siguientes: 1) programas de salud (con un 27% de trabajadores sociales); 2) programas de formación ocupacional (con un 76,3% de trabajadores); 3) programas de integración familiar (con un 40,2%); 4) programas de integración socio-comunitaria (con un 33%); 5) programas de participación laboral (con un 23,7%).

Las actuaciones de la iniciativa social se han centrado sobre todo en el contexto de la formación ocupacional y de la recuperación de la autoestima de los beneficiarios del Plan, sobre todo llevadas a cabo por asociaciones, colectivos de profesionales del mundo de los servicios sociales e incluso, grupos que trabajan en conexión muy directa con las Diputaciones Forales y que reciben subvenciones para sus programas.

Tercero, aplicación concreta de la política de contraprestaciones prevista en la normativa del IMI. Una evaluación superficial muestra que el porcentaje de convenios de inserción firmados con beneficiarios es bajo —un 22,5% en enero de 1992— y el contenido de estos planes normalmente es insuficiente para sustentar un proyecto real de inserción.

El tipo de contraprestación más utilizada se centra en las facetas educativas y formativas, además de una preocupación complementaria por las cuestiones asociadas a búsqueda de empleo e inserción en el INEM. En cuanto a los resultados alcanzados por los beneficiarios, un 43,2% de las familias beneficiadas por el IMI entre 1989 y 1991 han salido de la prestación. Únicamente el 24,1% de los hogares beneficiarios se mantuvieron de forma permanente dentro del programa del IMI. Un 48,1% salió en algún momento o se incorporó a él con posterioridad a su inicio, y un 27,8% salió de la prestación.

La movilidad del colectivo de beneficiarios se asocia con un contacto con el sistema productivo. Uno de cada dos titulares desarrolló algún trabajo a lo largo del período considerado. La mayor parte de los empleos o trabajos desarrollados se realizaron en precario —trabajos eventuales u ocasionales, y trabajos al margen del sistema productivo—. La mayor parte de las contrataciones se hicieron por el sector privado, un 98,1%. El sector público sólo ha llegado a un 24,1% de los titulares que han trabajado —apenas un 11,2% del conjunto de titulares—. Las profesiones desempeñadas se relacionan con los servicios personales —sobre todo el servicio doméstico— y las profesiones englobadas en las categorías de obreros no cualificados y cualificados. El impacto del proceso formativo ha sido muy relevante en el proceso de inserción. Un 22% de los titulares del IMI en octubre de 1990 habían realizado algún tipo de estudio. Un 6,2% han realizado estudios reglados (la mayoría a nivel primario) y un 19,1% desarrollaron procesos formativos de tipo no reglado (tales como cultura general, artesanía, corte y confección y actividades domésticas).

En el ámbito estrictamente cultural, los resultados son muy positivos. Los beneficiarios del IMI de octubre de 1990 y de enero de 1992 experimentaron los siguientes cambios favorables: un descenso de los niveles de analfabetismo del 7,7% al 7%; un descenso de la proporción de

personas sin estudios del 10,9% al 7,1% y un aumento de las personas con estudios profesionales o superiores del 12% al 16,9%.

Otros resultados positivos se obtuvieron en problemáticas relacionadas con la institucionalización, la reclusión o ex-reclusión, las dificultades de independización personal y las malas relaciones con los amigos. Una situación favorable, definida por el descenso en los niveles de problemas, se observa en relación al consumo de drogas-alcohol y las relaciones familiares dentro y fuera del hogar. En cambio, la incidencia de las discapacidades, tanto de las graves como de las leves no deja de aumentar entre titulares y beneficiarios en general. Las actuaciones referentes al nivel de salud deberán priorizarse en el futuro.

En resumen, el Plan de Lucha contra la Pobreza en Euskadi ha contribuido a mitigar la amplitud de los procesos de desacumulación observables en determinadas capas de la sociedad vasca, en especial en el ámbito de la población desempleada. Aun cuando la pobreza absoluta ha seguido manteniendo unos mismos niveles de incidencia, puede decirse que la situación de los colectivos más desfavorecidos ha mejorado sustancialmente gracias a la aplicación del IMI y de las AES. La política social en Euskadi ha sido, en definitiva, positiva en Euskadi en la lucha contra la pobreza. Ha posibilitado una cierta reducción de la pobreza relativa y ha mitigado los efectos de la persistencia e incluso del reforzamiento de la pobreza absoluta.

El Plan ha mejorado las condiciones de vida de los colectivos más desfavorecidos. A través del IMI se han atendido a más de 11.000 familias, que representan a más de 35.000 personas y aunque ésta haya sido una atención meramente coyuntural, ha evitado problemas económicos y situaciones de angustia personal. Más de 9.000 familias, con cerca de 25.000 personas, han recibido recursos a través de las AES, contribuyendo así a mejorar sus condiciones de vida materiales. El papel de las AES en la financiación de la vivienda de los grupos sociales más desfavorecidos ha sido de gran importancia social. A través de la combinación de las prestaciones del IMI, de las AES y de la propia intervención social desarrollada por los servicios sociales, se ha conseguido un marco de estabilidad que ha contribuido a evitar la depauperación de estos colectivos y a consolidar,

sobre estas bases, una realidad más propicia a la consecución de una vida personal, familiar y social integrada. Un año y medio después de que el País Vasco creara el IMF, todas las comunidades autónomas españolas (excepto las Islas Baleares) habían acordado poner en marcha algún tipo de salario social.

### **6.5. Un ejemplo de intervención socio-sanitaria: políticas de reducción de desigualdades en salud en Barcelona (1987-1992)**

Una de las pocas experiencias de intervención socio-sanitaria para reducir las desigualdades en salud se ha llevado a cabo en la ciudad de Barcelona. Estas acciones, realizadas entre 1987 y 1992 por el Ayuntamiento de la ciudad, representan, dentro del conjunto del estado español, un buen ejemplo de la utilidad de realizar programas socio-sanitarios efectivos en zonas urbanas pequeñas con un alto nivel de privación material y social.

#### *Antecedentes*

A mediados de la década de los años 80, dos estudios realizados por el Ayuntamiento de la ciudad identificaron la existencia de grandes desigualdades en los indicadores sociales y sanitarios de determinadas áreas de la ciudad. Por ejemplo, en 1984 un exhaustivo estudio de seguimiento de la mortalidad infantil (niños de 0 a 1 años) mostró diferencias importantes entre las tasas de los distintos distritos de la ciudad (Ramis, 1985). En concreto, Ciutat Vella mostraba poseer tasas significativamente peores que el resto de la ciudad, lo cual, reflejaba serios problemas en la salud de los niños. Además, el estudio también mostró la peor situación del distrito respecto a otros indicadores de salud materno-infantil como el número de recién nacidos de bajo peso al nacer, de recién nacidos pretérminos, de madres jóvenes, mayores o que viven solas y de familias numerosas.

Desde entonces, un buen número de estudios específicamente dirigidos a conocer las desigualdades, han permitido observar con gran detalle la existencia de desigualdades sanitarias y sociales en la ciudad de Barcelona, tanto a nivel de sus 10

distritos como de sus 38 barrios (Alonso y Antó 1988; Borrell, Plasencia, Pañella 1991; Rodríguez 1991; Costa 1989; Arias et al. 1993; Borrell 1992; Borrell y Arias 1993; Borrell y Arias 1994; Borrell y Arias 1995; Borrell, 1995).

Las principales conclusiones de dichos estudios (referidos al período 1983-1989) pueden resumirse del siguiente modo: Primero, los barrios de la ciudad más deprimidos social y económicamente presentan una mortalidad infantil, una mortalidad general y una esperanza de vida peores que el resto de la ciudad. En concreto, los barrios menos aventajados fueron los del centro de la ciudad, correspondiente al núcleo histórico de Barcelona, así como a algunos barrios de la periferia. Segundo, los indicadores de mortalidad están altamente relacionados con los indicadores que miden el nivel socioeconómico. Tercero, durante el período 1983-92, las desigualdades de mortalidad entre los 38 barrios han aumentado debido, fundamentalmente, a causas relacionadas con la drogadicción (muertes por sobredosis, SIDA y tuberculosis). Finalmente, se observa un peor estado de salud, una mayor morbilidad, conductas relacionadas con la salud menos sanas, y un menor número de prácticas preventivas, en los grupos socioeconómicos más deprimidos.

#### *Niveles de intervención*

Ante una situación de clara desigualdad sanitaria y social en la mortalidad infantil de los distritos de la ciudad de Barcelona, el Ayuntamiento puso en funcionamiento un programa orientado a reducir las desigualdades del distrito de Ciutat Vella, una de las áreas de la ciudad con indicadores sociales y sanitarios más deficientes. Por otra parte, el mismo distrito presentaba altas tasas de incidencia de tuberculosis, una elevada concentración de personas con alto riesgo de contraer la enfermedad y un difícil tratamiento.

Por ello, a iniciativa de los servicios municipales centrales de Salud Pública (Institut Municipal de la Salut, IMS), se propuso una intervención de carácter sanitario y otra de tipo social. La primera intervención se realizó en el área de atención a la salud materno-infantil, la segunda, se llevó a cabo en tuberculosos indigentes.

*Primera intervención: atención a la salud maternoinfantil*

Durante 1986, el programa de atención a la salud maternoinfantil de Ciutat Vella se estructuró desde los servicios centrales, consolidándose a partir de 1987 como un programa sociosanitario de la División de Servicios Personales del distrito Ciutat Vella (Díez y Torrentó 1993). Desde 1990 se llevó a cabo desde el núcleo de servicios personales de cada uno de los cuatro barrios del distrito.

El programa constaba de 3 subprogramas: 1) planificación familiar, 2) atención prenatal, y 3) seguimiento domiciliario postnatal. Este último programa se realizó en forma coordinada con el programa de visitas a domicilio llevado a cabo por el Equipo de Integración de la Primera Infancia (EIPi) y los Servicios Sociales, que desde 1983 realizan un programa de detección e intervención precoz de disminuciones físicas y psíquicas en el barrio del Raval, perteneciente al distrito de Ciutat Vella.

En 1986 se puso en marcha el programa piloto que perseguía dos objetivos generales: 1) ampliar la información en el distrito sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal e infantil, a fin de mejorar la definición de los problemas así como facilitar su intervención; y 2) aumentar el acceso a la atención social y sanitaria de las mujeres en edad fértil y de los niños menores de un año en situación de riesgo de mortalidad infantil.

Se diseñaron tres subprogramas, cada uno de ellos con objetivos y actividades específicos: 1) Subprograma de planificación familiar: su objetivo era promover el uso de los servicios de planificación familiar para evitar embarazos no deseados; 2) Subprograma de atención prenatal: su objetivo era informar a las embarazadas de las ventajas del control precoz y regular el embarazo; 3) Subprograma de atención postnatal: fue el núcleo del programa a lo largo del primer período. Su objetivo era mejorar la atención postnatal. Para ello, una enfermera realizó tres visitas domiciliarias (al segundo mes de vida, a los 6 y a los 12 meses) a todos los recién nacidos en el distrito durante el período comprendido entre agosto de 1985 y agosto de 1986. En las visitas se recogía información sobre los antecedentes personales, la evolución y los cuidados del embarazo, así como diversas variables relacionadas

con la mortalidad infantil; además, se ofrecía información sobre la atención al recién nacido, el puerperio y sobre los servicios sociosanitarios más próximos.

La evaluación del subprograma de planificación familiar demostró que su impacto fue nulo. La razón fue doble: la inexistencia de un centro de planificación familiar en el distrito así como la elevada proporción de analfabetismo funcional, impidieron que la información llegara a las mujeres. La evaluación de los subprogramas de atención antenatal y postnatal mostró una alta prevalencia de diferentes factores de riesgo: edad de la madre inferior a 20 años, madres extranjeras, madres con más de 3 hijos, peso al nacer inferior a los 2.500 gramos, embarazo no planificado, bajo nivel de instrucción o vigilancia incorrecta del embarazo.

La falta de resultados positivos del proyecto piloto condujo a reformular algunos aspectos del mismo. Así, en 1987, se empezó a aplicar el programa planteándose cuatro objetivos: 1) aumentar la proporción de embarazos planificados; 2) incrementar la proporción de gestaciones bien controladas; 3) conseguir un entorno adecuado al desarrollo de los primeros cuatro años de vida; y 4) concienciar e implicar a la comunidad en la atención de los niños pequeños.

El programa constó de varios subprogramas: 1) planificación familiar; 2) Embarazadas; 3) Niños y madres: 3a) Intervención del equipo sociosanitario, 3b) Intervención en un centro de día, 3c) EIPi, 3d) Asistencia sanitaria, 4) Acción comunitaria.

1) *Planificación familiar*

La población diana estaba compuesta por todas las mujeres del distrito en edad fértil (unas 18.000). Los objetivos específicos fueron: aumentar el número de mujeres en período intergénésico (entre embarazos) superior a 18 meses, aumentar los embarazos planificados, disminuir las enfermedades de transmisión sexual y detectar precozmente el cáncer de mama y genital.

Para este subprograma se contó con una ginecóloga, dos enfermeras y una administrativa. Entre las actividades del subprograma destacan: la atención a colectivos de adolescentes, prostitutas, toxicómanas, extranjeras y casos derivados

de los centros de servicios sociales. La evaluación se centró en el número de primeras visitas realizadas a los residentes del distrito, el número de visitas de seguimiento y la evolución de la proporción de embarazos planificados y no planificados.

## 2) *Control de embarazo*

Sus objetivos específicos fueron: detectar el 60% de todos los embarazos, aumentar la proporción de embarazos controlados por el obstetra desde el primer trimestre de la gestación realizando 4 o más visitas en total, y dar apoyo social a las embarazadas en seguimiento.

Los recursos humanos fueron: dos comadronas, cinco enfermeras (1 por barrio), cinco asistentes sociales y tres trabajadoras familiares, todas ellas a tiempo parcial. Las actividades realizadas fueron: detección de los casos, prueba del embarazo gratuita en los servicios sociales municipales, cursos de educación maternal en el hospital del Mar, información y recomendación de los controles a seguir durante el embarazo y sobre la dieta y el consumo de alcohol y tabaco, atención domiciliaria o consulta en el hospital del Mar, atención sociosanitaria por motivos sociales (madre sola, pensionista, desempleo de la madre y padre sin subsidios, prostitutas, traficantes de drogas), o por motivos sanitarios (falta de cobertura sanitaria, embarazo no planificado, insuficiente control del embarazo, insuficiente control pediátrico, drogodependencias, patología neonatal, patología crónica infantil, estado vacunal incorrecto, cuidados del niño incorrectos, edad de la madre inferior a 18 años...). El EIPI interviene en casos de observación de alteraciones del desarrollo psicomotor, patologías en el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer y antecedentes neurológicos familiares.

## 3) *Niños y madres*

### 3a) Intervención del equipo sociosanitario:

Sus objetivos específicos fueron: detectar al 100% de los recién nacidos e identificar a los que cumplían criterios de seguimiento, hacer una visita domiciliaria a madres y bebés nacidos en hospitales públicos de Barcelona; promover la planificación familiar, el control pediátrico pe-

riódico y la revisión puerperal entre la población de madres; e intervenir en los medios familiares para asegurar el desarrollo correcto del niño menor de 4 años. Las personas destinadas a este fin fueron: 5 enfermeras a tiempo parcial (1 por barrio), 5 asistentes sociales a tiempo parcial y 3 trabajadoras familiares.

### 3b) Intervención en el Centro de Día «Casa de la Font»:

Los objetivos específicos de este Centro fueron: atender al bebé en los aspectos de alimentación, higiene, estimulación, afectividad relacional y educacional; ayudar a los padres, a través de las actividades diarias, a mejorar la atención y relación con sus hijos; seguimiento conjunto con los padres de los cuidados y/o tratamientos de estimulación cuando sean necesarios; prestar servicios de lavandería y de baño, entre otros, a la familia del niño; y coordinarse con el equipo sociosanitario respecto al seguimiento de la familia.

La «Casa de la Font» es un centro diurno para niños de 0 a 3 años, especialmente en situación de riesgo. Se atiende a familias desestructuradas en lo que respecta al cuidado y atención del niño. Se pacta, mediante contrato escrito entre el centro y la familia, el tiempo y el horario de asistencia al niño y a la madre o el padre. El progenitor participa en las actividades de cuidado del niño (juego, preparación de la alimentación, baño, limpieza de la ropa). Se facilita el acercamiento al centro mediante actividades como café-tertulia, fiestas tradicionales, cumpleaños de los hijos..., se potencia la formación de los padres con talleres de cocina, peluquería, etc.; se facilitan las visitas sanitarias, etc. Para todo ello se cuenta con 4 educadores y un auxiliar.

### 3c) Equipo de Integración de la Primera Infancia (EIPI).

Su objetivo es detectar precozmente los déficits madurativos de los niños a través de la derivación de los equipos sociosanitarios, de los Centros de Atención Primaria de salud y Hospital del distrito, y de las guarderías; elaborar diagnósticos globales desde el punto de vista neuropsiquiátrico, psicológico y social; y elaborar y aplicar un plan terapéutico a nivel individual o grupal.

El EIPI pretende prevenir, detectar en los primeros estadios y tratar los trastornos madurativos de etiología psicosocial. Depende del

Patronato Municipal de Disminuidos, pero está ubicado y coordinado con el resto de servicios Personales. Cuenta con un neuropediatra a tiempo parcial, un fisioterapeuta, una psicóloga y una asistente social.

3d) Asistencia sanitaria: obstetricia, planificación familiar, pediatría y otros servicios.

Sus objetivos específicos son: establecer sistemas de derivación y devolución de casos simplificados; establecer o mantener, en su caso, un sistema de atención preferente para las derivaciones del programa; establecer o mantener, en su caso, las reuniones periódicas de coordinación entre la enfermera del barrio y el equipo de atención primaria de salud.

#### 4) *Acción Comunitaria:*

Entre sus objetivos se encuentran: sensibilizar a la población general a través de la organización de una jornada sobre la infancia y del diseño y la distribución de folletos sobre el programa; lograr y conservar la coordinación de instituciones y entidades; apoyar la organización de grupos de padres y desarrollar cursos de formación sobre la atención del niño; apoyar y colaborar con las guarderías en temas como las vacunaciones, la prueba de Mantoux, dietas, etc.; y organizar centros infantiles de verano para niños.

Cuenta para ello con el equipo sociosanitario de cada barrio (5 enfermeras y 5 asistentes sociales, a tiempo parcial). El seguimiento del programa se realizó anualmente contabilizándose principalmente la adherencia de la población diana al programa así como la consecución de los objetivos propuestos. Así, en la evaluación realizada en 1987 se observó que: a) se habían controlado el 73% de los niños nacidos (604/824), b) durante la gestación se detectaron el 33% de los nacimientos (198/604), c) entre las detecciones hechas durante el embarazo y el parto se conoció a todas las madres prostitutas, toxicómanas, que vivían en pensión o cuyos hijos tenían problemas de desarrollo psicomotor, d) se observó una mejora importante en el cumplimiento de las recomendaciones.

Durante estos años se realizó un seguimiento de los indicadores de salud que se querían mejorar con la intervención: mortalidad infantil y mortalidad perinatal.

En resumen, se observa que durante estos años en Ciutat Vella se redujeron tanto la mortalidad perinatal, como la mortalidad infantil, en mayor grado que en la ciudad de Barcelona en su conjunto.

La evaluación del impacto del programa en términos de indicadores poblacionales de salud materno-infantil se realizó 6 años después de su inicio (Díez, et al, 1995). En la misma, se compararon la mortalidad infantil y la mortalidad perinatal del distrito de Ciutat Vella con el resto de la ciudad, antes y después de la intervención, comparando el período 1983-1986, previo al programa, con dos períodos posteriores: 1987-1989 y 1990-1992.

El período pre-intervención incluye el año de la fase piloto porque los efectos del trabajo sobre las embarazadas de ese año no puede traducirse en mortalidad hasta haber transcurrido unos meses. Los seis años de intervención se dividieron en dos períodos con la intención de valorar las posibles tendencias en las variables de resultados, y también porque reflejan los cambios organizativos en la ejecución del programa.

La evolución de las tasas de mortalidad infantil y perinatal sugieren que el programa ha tenido un efecto positivo. Por ejemplo, los nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años han experimentado una reducción sostenida en Ciutat Vella (de 18,5 por 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 1983-86 a 15,5 en 1990-92) aunque proporcionalmente inferior a la del resto de la ciudad en la que pasa de 7,8 a 3,2. Estos datos inducen a pensar que la disminución de las diferencias de mortalidad entre Ciutat Vella y el resto de la ciudad no se ha debido a la reducción de la fertilidad adolescente. Por otra parte, los nacimientos de bajo peso (<2500 g) siguen una distribución parecida a la de la mortalidad infantil aunque la diferencia observada entre Ciutat Vella y el resto de la ciudad es menor. En Ciutat Vella los nacimientos de bajo peso en 1987-89 fueron el 7.1% y en 1990-92 el 7.2%, mientras que en el resto de la ciudad estos datos son del 5.7% y del 5.5%. No hay datos del peso al nacer de antes de 1987.

A pesar de las limitaciones de la evaluación efectuada, las acciones realizadas en una zona urbana céntrica y pobre, han reducido las desigualdades entre la mortalidad infantil del distrito y la del resto de la ciudad, de manera más acentuada durante el primer período de intervención.

En este sentido, este programa puede ser aplicado en otros barrios de la ciudad con indicadores de salud maternoinfantil desfavorables.

### *Segunda intervención: en tuberculosos indigentes*

La segunda intervención sociosanitaria llevada a cabo en Barcelona fue la intervención sociosanitaria en tuberculosos indigentes (Díez et al, 1996). Dicha intervención fue realizada a iniciativa de los servicios centrales municipales de Salud Pública (IMS), con una financiación compartida entre el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.

El programa surgió tras constatar cuatro hechos: en primer lugar, las altas tasas de incidencia de tuberculosis en el distrito de Ciutat Vella; segundo, la alta concentración de población con muchos factores de riesgo para contraer tuberculosis: ancianos, toxicómanos, personas sin hogar, familias con graves problemas sociales e inmigrantes de países hiperendémicos; tercero, algunos pacientes de Ciutat Vella ingresaban y reingresaban frecuentemente en hospitales de alta complejidad debido a la falta de domicilio estable y a su baja adherencia a los largos tratamientos antituberculosos; y finalmente, el coste de un solo día de estancia hospitalaria ahorrado permitía financiar toda una semana a un indigente enfermo de tuberculosis.

Los objetivos del programa fueron dos: asegurar tratamiento, comida y alojamiento a los enfermos tuberculosos, marginados o sin recursos económicos y proporcionarles atención social primaria. Los criterios de admisión tenían lugar ante las siguientes situaciones: desempleo, alcoholismo, toxicomanía en estado no activo, desestructuración familiar y falta de domicilio fijo.

De la evaluación del programa podemos destacar 5 aspectos: primero, el número de casos atendidos fue de 210 (entre el 10 y el 21% anual de los casos de tuberculosis en residentes del distrito). Se atendió a más del 75 % de los tuberculosos indigentes declarados en el distrito, especialmente alcohólicos e indigentes. La población toxicómana contaba con un programa propio que supervisaba el tratamiento antituberculoso, por lo que sólo fueron atendidos un 25% del total de tuberculosos toxicómanos de Ciutat Vella; segundo, las tasas anuales de tuberculosos indi-

gentes en el distrito de Ciutat Vella (1987-1992), disminuyeron significativamente, al tiempo que se estabilizaban las tasas en Barcelona ciudad; tercero, menos del 20% del total de pacientes abandonaron el tratamiento, una proporción muy inferior a la habitual en estas poblaciones; cuarto, se redujeron los días anuales de estancia hospitalaria por tuberculosis (excluidos los seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana) a menos de la mitad de 1986 a 1992, así como el total de ingresos y la estancia media; finalmente, desde el punto de vista económico, el programa fue muy eficiente ya que se ahorró el doble de dinero que fue invertido.

En 1993 el programa fue sustituido por el establecimiento de una residencia destinada a enfermos tuberculosos procedentes de toda Cataluña, financiada conjuntamente por los Departamentos de Sanidad y de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya.

## **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

(de la Presidencia de la Comisión)

De los estudios y seis capítulos de la Comisión se concluye y recomienda lo siguiente:

### **7.1. La evolución de la salud: un progreso desigual**

**7.1.1.** La salud de la población humana a nivel mundial (y muy en particular el descenso de la mortalidad) ha mejorado de una manera espectacular durante el siglo XX, con un aumento de la esperanza de vida durante este siglo mayor que el aumento experimentado por la población humana durante todo el período transcurrido desde el siglo I al siglo XIX. Esta mejora ha sido causada primordialmente por el gran desarrollo económico y social ocurrido durante estos últimos cien años, junto con el impacto de políticas redistributivas que han contribuido a la reducción de las desigualdades sociales existentes a nivel mundial, permitiendo así el acceso de amplios sectores de la población a recursos vitales de los que carecían. Entre estos recursos cabe señalar las intervenciones de saneamiento del medio ambiente, las medidas de salud pública, y en menor grado los avances en la eficacia de los servicios médicos sanitarios y la ampliación de

la cobertura sanitaria a poblaciones previamente excluidas del acceso a estos progresos. El informe detalla cómo la mejora de las condiciones de salud y bienestar social de la población mundial se deben a causas económicas, sociales y políticas más que a las intervenciones salubristas o incluso sanitarias.

Basándose en esta conclusión, recomendamos que el gobierno español enfatice en los foros internacionales la necesidad de estudiar no sólo el impacto que el crecimiento de la población tiene en el desarrollo económico y social de las sociedades, sino también, el impacto que los factores sociales, económicos y políticos están teniendo en el nivel de salud y bienestar social de las poblaciones. Creemos que mientras que la comunidad internacional ha patrocinado varias Conferencias y Foros sobre el impacto del crecimiento de la población en el bienestar social del mundo, no ha puesto la misma atención (excepto en la última Conferencia Internacional de Copenhague sobre Desarrollo Humano) en el impacto que las fuerzas económicas, sociales y políticas están teniendo en la salud y bienestar social de las mismas poblaciones.

**7.1.2.** La espectacular mejora de la salud y bienestar social de la población mundial durante este siglo no puede ser motivo de complacencia puesto que queda mucho por hacer. Todavía hoy mueren 14 millones de niños al año debido al hambre, el equivalente, por lo tanto, a la mortalidad causada por 22 bombas atómicas como las que explotaron en Hiroshima y Nagasaki hace 50 años, bombas de hambre que continúan explotando años tras año, sin producir ningún ruido, y sin que por lo visto merezcan aparecer en los medios de información del mundo desarrollado que consideran el hecho de que un niño muera de hambre cada dos segundos, como parte de una realidad aceptada como inevitable en nuestra civilización. La Comisión señala que la gran mayoría de estas muertes son fácilmente prevenibles desde el punto de vista científico y salubrista. El hambre, el problema de salud pública más importante hoy en el mundo, es de fácil resolución técnica, puesto que hoy existen en el mundo suficientes alimentos para prevenir estas muertes. Es más, los gobiernos están subvencionando a los productores agrícolas en los países subdesarrollados para que no produzcan mas alimentos. Que esta situación se reproduzca responde a los mismos factores políticos, económicos y sociales que mantienen e

imponen las desigualdades sociales en la distribución de recursos de la población.

Además de la importancia que atribuimos a la concienciación de lo mucho que queda por hacer, la Presidencia de la Comisión también alerta del riesgo de inversión de las mejoras tan notables experimentadas en el nivel de salud y bienestar social durante el siglo XX, con el deterioro de ambos en algunos países, tanto entre los países con grandes recursos como entre quienes tienen menos recursos. Ello se debe a los cambios de la estructura económica y social mundial y a políticas públicas que están invirtiendo y exacerbando las desigualdades sociales a nivel mundial. El informe muestra cómo está disminuyendo con rapidez la mejora del estado de salud y bienestar en muchos países e incluso cómo se deteriora en otros muchos, debido las causas mencionadas.

Por ello, recomendamos que el gobierno español sugiera a la comunidad internacional que:

a) se desarrollen sistemas de información nacionales e internacionales que permitan seguir la evolución de la desigualdad social a nivel mundial, así como sus consecuencias en el estado de bienestar social y salud de la población mundial.

b) se establezcan criterios de valoración y evaluación de políticas económicas y sociales según el impacto que éstas tengan en las desigualdades sociales y en la salud y bienestar social de las poblaciones. Evaluar las políticas económicas según su impacto en la tasa de crecimiento del PIB per cápita es insuficiente para explicar el nivel de salud de las poblaciones, puesto que se ignora el elemento más importante para explicar el nivel de salud y bienestar social, a saber, su impacto en las desigualdades sociales.

**7.1.3.** Consideramos que las desigualdades sociales son un obstáculo para mejorar el nivel de salud y bienestar social de la población, e incluso el crecimiento económico. De ahí que coincidamos con el diagnóstico del Banco Mundial de que «no existe evidencia de que el ahorro dependa de la desigualdad social o que ésta, la desigualdad social, conduzca a un mayor crecimiento económico. En realidad, la evidencia apunta a un sentido contrario, es decir, que mayor desigualdad lleva a menor crecimiento económico» (BM, 1991).

**7.1.4.** Las reducciones de las desigualdades sociales benefician al nivel de salud de toda la po-

blación. El informe de la Comisión muestra con gran detalle la existencia de un gradiente en el nivel de salud y estado de bienestar en la población, en el que las clases más beneficiadas tienen mejores indicadores de salud y bienestar social que las clases con menos recursos. Es más, dentro de cada clase, los individuos con mayores recursos tienen en general mejores indicadores de salud que aquellos individuos que tienen menos recursos. De ahí que las políticas públicas encaminadas a reducir las desigualdades sociales mejoren la salud y bienestar social de toda la población y no sólo la de los grupos más vulnerables. Mas aún, las políticas sanitarias más eficaces para mejorar los niveles de salud de la población, son aquéllas que reducen las desigualdades sociales en salud. Por ejemplo, si hoy en España, las clases IV y V (clases trabajadoras manuales) tuvieran la misma mortalidad que las clases I (profesionales y directivos) se prevendrían un número de muertes mucho mayor que cualquier otra medida salubrista hoy considerada dentro de las estrategias sanitarias. De ahí que recomendamos:

a) que el gobierno español considere también como prioritario el objetivo marcado por la Oficina Europea de la OMS de reducir las desigualdades sociales como uno de los mejores medios de mejorar la salud de las poblaciones y que lo realice y desarrolle como parte de su política sanitaria, estimulando y facilitando la extensión de este objetivo a los gobiernos autonómicos y municipales.

b) que las políticas sanitarias y sociales sean universales y afecten a la mayoría de la población y no sólo a los grupos vulnerables. En este aspecto queremos distanciarnos de la visión que considera como políticas sociales a las políticas que están dirigidas exclusivamente a las poblaciones vulnerables o con necesidades específicas. Entendemos las políticas sociales como aquéllas que mejoran la condición social de toda la población, puesto que toda persona que está en una situación desigual puede ver su bienestar social y su salud mejorada. Toda la población está en situación de riesgo debido a las desigualdades.

**7.1.5.** En España la Comisión documenta los logros que se han alcanzado, sobre todo con los gobiernos democráticos, en la mejora de las desigualdades sociales en salud. Las fuerzas democráticas del estado español merecen el aplauso de la Comisión por su compromiso en reducir desigualdades muy acentuadas, heredadas de regí-

menes anteriores con escasa sensibilidad social. Ahora bien, la Comisión también documenta que todavía hay mucho por hacer y que incluso, en algunos casos, existe un aumento de las desigualdades sociales en salud. De ahí que recomendamos que:

a) los distintos niveles de gobierno existentes en España desarrollen los sistemas de información recomendados en capítulos posteriores para monitorizar la evolución de las desigualdades sociales en salud.

b) que el gobierno y el parlamento español establezcan una comisión permanente que analice la evolución de las desigualdades sociales en salud en España y que les asesore sobre la manera en cómo disminuir aquellas desigualdades.

c) que las autoridades sanitarias tengan mayor incidencia en el desarrollo de políticas económicas y sociales que puedan afectar negativamente a las desigualdades sociales en salud, previniendo o disminuyendo tal efecto.

d) que las autoridades sanitarias y de servicios sociales coordinen sus intervenciones entre sí, así como con las autoridades económicas y agentes sociales de la sociedad civil a fin de incidir sobre las desigualdades sociales en salud.

e) que los programas de formación e investigación de los profesionales sanitarios incluyan, con mayor detalle y extensión en sus programas de formación, el estudio de las causas de producción y reproducción de las desigualdades sociales en salud, ampliando el enfoque excesivamente biologicista que todavía hoy domina en la enseñanza de aquellos sectores.

## **7.2. Medición de la salud y la desigualdad**

**7.2.1.** La información empírica presentada en el informe evidencia que las correcciones de las desigualdades sociales en salud son una de las estrategias más importantes para mejorar la salud y el estado de bienestar social de la población española. La Comisión concluye, por lo tanto, que es necesario y urgente documentar el estado de las desigualdades sociales en salud e incidir para reducirlas. Una condición para ello es una mejor elaboración conceptual, y una mejor medición de las desigualdades sociales en salud en España mediante una mejora sustancial del sistema de información existente.

De ahí que recomendamos que en los principales sistemas de información sanitarios y sociales se recoja información sobre la situación social de los españoles y no sólo de sus condiciones biológicas (tales como el sexo y la edad) únicas variables (además del lugar de residencia) que se recogen consistentemente en estos sistemas de información.

**7.2.2.** Las desigualdades sociales en salud tienen varias dimensiones, entre las que se incluyen las desigualdades por clase social, género, edad, región geográfica, estado laboral y civil, y localización urbana y rural.

De ahí que recomendamos que la información sobre estas distintas dimensiones de las desigualdades sociales en salud debiera recogerse en:

- a) las encuestas de salud, tanto a nivel del Estado como en las encuestas de las Autonomías o las ciudades
- b) los registros de enfermedad
- c) los registros de mortalidad, incluyendo el boletín estadístico de defunción
- d) los registros de mortalidad, incluyendo el boletín estadístico de natalidad
- e) las historias clínicas, y
- f) el conjunto mínimo básico de datos

**7.2.3.** Aunque los registros y sistemas de información mencionados anteriormente recogen información sobre la edad, el género, el lugar de residencia, y el estado civil, muy pocos recogen información sobre la clase social y estado laboral de los ciudadanos y residentes, variables que son de enorme importancia para el conocimiento de las desigualdades sociales en salud en España. La evidencia empírica presentada en este informe y en la literatura científica nacional e internacional muestran que las desigualdades sociales en salud por clase social se hallan entre las más importantes, persistentes y continuadas tanto en España como en otros países europeos. La falta de información sobre esta variable crea un desconocimiento muy grave de una de las causas mayores de mortalidad, morbilidad, enfermedad, salud y bienestar social, es decir, las desigualdades por clase social.

Las variables más frecuentemente utilizadas para definir la clase social de las personas han sido la ocupación, la educación y el nivel de

renta. La Comisión ha analizado las ventajas y desventajas de cada una de ellas y su Presidencia recomienda que:

- a) la ocupación como la más importante y pertinente, aunque señala la necesidad de utilizar otros indicadores conjunta o separadamente con la ocupación
- b) utilizar las ocupaciones y grupos de ocupaciones recomendadas por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE, 1995), o variaciones de ellas, tal como hemos realizado en este informe. La Comisión cree que para definir la clase social y para entender las desigualdades sociales en salud por clase social hay maneras más elaboradas y más adecuadas que la tipología utilizada en este informe, o la recomendada por la Sociedad Española de Epidemiología. Sin embargo, la infraestructura de recolección de datos y sistemas de información española no permite la puesta en marcha de tales clasificaciones.

Recomendamos que en una deseable ampliación de los sistemas de información sobre desigualdades sociales en salud se incluyeran también otros tipos de información social, tales como el tipo de control, autoridad, y supervisión existente en la ocupación, el tipo de empleo (pleno o parcial), las fuentes de ingresos y propiedad, y el tamaño de la familia, además del tipo de vivienda y el grado de cualificación. Estas son las variables recomendadas para las encuestas de salud y registros civiles e historias clínicas por el grupo de trabajo «Measuring Social Inequalities in Health», patrocinado por el gobierno federal de EE.UU., que también recomendó que los registros y encuestas permitieran la conexión entre bases de datos («linkage»), siempre y cuando se mantuviera la confidencialidad. La Comisión concuerda también con esta recomendación.

**7.2.4.** Las tipologías de clase social utilizadas en gran parte de la literatura científica española en temas de desigualdades sociales carecen de una elaboración teórica adecuada que permita analizar la relación existente entre los distintos componentes y dimensiones de clase social y salud. Por regla general, estas tipologías siguen una concepción jerárquica de la sociedad, con un gradiente de autoridad o competencias, que no responde a criterios científicos. Por ejemplo, dividir la sociedad en clases altas, medias y bajas no sólo es peyorativo para las clases populares (definidas como clases bajas) sino que constituye

una práctica ideológica. Supone un orden jerárquico en el que los grupos sociales con mayores recursos se definen como altos dentro de un orden jerárquico social. Es más, el método de preguntar a la población por su autoidentificación de clase, invitando a la población a que se defina como clase alta, media o baja, predispone a tener respuestas muy sesgadas puesto que la evidencia muestra que la población prefiere auto-definirse como clase media en lugar de como clase baja, exagerando el porcentaje de la población que se considera de clase media. Por otra parte, la evidencia también muestra que si a la población se le pide que se autodefine como miembros de la burguesía, pequeña burguesía, clase media y clase trabajadora (la mayoría se define trabajadora) los resultados son muy distintos. De ahí que recomendemos que:

a) las clases sociales se definan bien por las categorías IV o V basadas en el modelo Golthorpe o, en el caso de que se pida la autodefinición de pertenencia a una clase, se utilicen los términos burguesía, pequeña burguesía, clase media y clase trabajadora, términos que además de ser más científicos son más afines al discurso y cultura popular que los utilizados como clases altas, medias o bajas. Los términos burguesía, pequeña burguesía, clases medias y clase trabajadora son términos científicos, ampliamente utilizados por distintas tradiciones sociológicas y económicas en el estudio de estructuras sociales.

b) tanto las encuestas nacionales de salud como otras encuestas de ámbito local cambien la utilización de los términos clases altas, medias y bajas para la autodefinición de la población, evitando reproducir así un esquema ideológico que mantiene unas jerarquías sociales que mantienen valoraciones contrarias al intento de disminuir las desigualdades sociales. Les recomendamos que utilicen en su lugar los términos de burguesía, pequeña burguesía, clase media y clase trabajadora información se rellene por el médico, o el familiar del difunto, o la agencia funeraria como parte del registro civil.

**7.2.5.** Que la ocupación continúe constando en el certificado de defunción, y que en el caso de los jubilados se ponga la ocupación tenida antes de su jubilación. Que estaco y sanitario, sensibilizando a los profesionales de la importancia de recoger datos sociales en su práctica sanitaria. En este aspecto, exponemos nuestra profunda preocupación por el profundo biolo-

gicismo del conocimiento médico y su escasa sensibilidad por el contexto social de la salud y de la enfermedad.

**7.2.6.** Que la formación de profesionales sanitarios se enriquezca con la dimensión social, además de la biológica, del conocimiento médico tienen un contexto científico más riguroso y una aceptación popular más adecuada.

**7.2.7.** A fin de conocer la evolución de las desigualdades en salud es fundamental que las encuestas nacionales de salud utilicen las mismas variables sociales, conserven las mismas preguntas, y se realicen en las mismas fechas a fin de permitir la comparabilidad de los datos a través del tiempo.

### **7.3. La perspectiva internacional**

**7.3.1.** La percepción de que los grupos sociales enferman, mueren, y reciben una atención sanitaria desigual, posee una larga tradición histórica aunque la información disponible es muy desigual entre los distintos países.

**7.3.2.** A principios de los años 80, la publicación en Gran Bretaña del informe conocido como «Black Report» constituyó, por su impacto social inmediato y por su influencia posterior, un hito de primera magnitud, un punto de inflexión en la historia moderna del estudio de las desigualdades en salud, que estimuló la creación de comisiones de estudio para analizar estas desigualdades. Su principal conclusión fue: tras 30 años de existencia del Servicio Nacional de Salud Británico, las desigualdades sociales en salud y en el uso de los servicios sanitarios y preventivos por clase social son claras y, lo que es más preocupante, están aumentando.

**7.3.3.** Según el informe «The Health Divide» que continuó la tradición del informe Black, las desigualdades en salud en Gran Bretaña persistieron o se ampliaron desde 1980; las recomendaciones propuestas en el «Black Report» prácticamente no recibieron respuesta. El propio informe confirmó las conclusiones del informe Black: «Desde 1950, las desigualdades en salud para los adultos en edad de trabajar se han ampliado. La excepción a esa tendencia se encuentra en los niños de un mes a un año de edad». Las clases más desaventajadas tienen tasas de consulta médica más elevadas, pero usan

menos los servicios preventivos. Además, se observan desigualdades regionales muy claras entre el Norte y el Sur del país. Aunque se encuentran áreas pobres en todas las regiones, éstas son mucho más comunes en el norte que en el sur o en el Sur-Este. No se han adoptado políticas para reducir la pobreza infantil, o mejorar las condiciones de la vivienda, y sólo en muy pocas ocasiones se han adoptado mecanismos para coordinar las políticas sanitarias a nivel nacional y local.

**7.3.4.** Actualmente, el estado de la investigación sobre desigualdades en salud difiere mucho a nivel mundial. En la mayoría de países las investigaciones son incompletas, muy escasas, o casi nulas, en otros existen estudios parciales o publicados en forma dispersa, y solamente en algunos países desarrollados se han descrito y analizado en forma más o menos completa las desigualdades en salud.

**7.3.5.** El informe Black afirmó con claridad que los factores socioeconómicos del medio permitían explicar más adecuadamente la mayor parte de las desigualdades encontradas. Además, otros estudios mostraron cómo después de eliminar estadísticamente el impacto de distintos hábitos de riesgo, las desigualdades persistían en gran medida. Igualmente, el informe «The Health Divide» fue también taxativo al comentar, por un lado, que las desigualdades en salud entre los grupos sociales eran reales y no fruto de un error estadístico o de la teoría de la movilidad social, y por otro, que existían pruebas concluyentes de que los factores socioeconómicos eran los más importantes a tener en cuenta.

**7.3.6.** Los estudios realizados en otros países, fruto del estímulo del informe Black, han mostrado la existencia de las desigualdades sociales en salud, que persisten e incluso aumentan en algunos de los países de la Unión Europea.

## **7.4. La situación en España**

**7.4.1.** Aunque la cantidad y la calidad de las investigaciones sobre desigualdades en salud en España ha aumentado notablemente en los últimos años, la tradición en la investigación y los estudios por clase social, privación material u otros indicadores sociales de salud son aún escasos y las limitaciones en este campo de investigación son aún muchas.

**7.4.2.** Las causas que explican esta situación son: 1) el corto desarrollo histórico de la salud pública en España fruto del vacío existente durante la dictadura franquista; 2) la escasa sensibilidad manifestada por los profesionales de la salud acerca de la relación existente entre los fenómenos sociales y la salud; 3) el aún limitado interés existente por el tema de las desigualdades en salud tanto en la comunidad científica como los medios de comunicación; 4) las limitaciones de las fuentes de información disponibles en nuestro país, lo cual se debe tanto a la falta de comparabilidad de las variables sociales en los sistemas de información sanitarios, como a la ausencia de variables sanitarias en otros sistemas de información en los que sí se dispone de variables sociales.

## **7.5. Las desigualdades sociales de salud en España**

**7.5.1.** El estudio ecológico en áreas pequeñas en España (zonas menores que la provincia) ha permitido mostrar la existencia de desigualdades sociales en mortalidad en los años 1990-1992 a nivel de áreas pequeñas, Comunidades Autónomas y regiones.

**7.5.2.** Las Comunidades Autónomas con un mayor porcentaje de desempleados son, sobre todo, las que poseen un alto nivel de actividad agrícola latifundista, como Andalucía o Extremadura, con tasas de desempleo próximas al 30%, así como las que poseen un alto nivel de actividad industrial en crisis, como Euskadi y Asturias. Las Comunidades Autónomas con el mayor nivel de analfabetismo son aquellas que históricamente han tenido un menor nivel de renta y más población rural: Andalucía, Extremadura, Murcia o Castilla la Mancha. Por ejemplo, Andalucía con menos del 18% de la población española concentra casi un tercio de los analfabetos existentes en nuestro país.

**7.5.3.** A partir del estudio realizado parecen dibujarse tres tipos de regiones: una «región alta», con mayores recursos situada en el norte del país, con Comunidades Autónomas como La Rioja, Cantabria, Aragón y Navarra, en las que predomina un elevado porcentaje de población que vive en zonas aventajadas (con un mayor nivel socioeconómico); una «región media», con un nivel intermedio de recursos, en la que se in-

cluyen la Comunidad Valenciana y Galicia, que presentan un elevado número de habitantes y zonas de nivel medio y un pequeño número de zonas deprimidas, (bajo nivel socioeconómico). Finalmente, una «región baja», con pocos recursos en las que se incluyen comunidades como Andalucía, Extremadura o Canarias, con un elevado porcentaje de población y zonas de nivel deprimido (bajo nivel socioeconómico).

**7.5.4.** En lo que respecta a la mortalidad por todas las causas, y usando como instrumento comparativo la Razón de Mortalidad Comparativa (RMC) que compara la mortalidad estandarizada por edad de cada Comunidad Autónoma con la de España, destaca la mortalidad más alta en las comunidades situadas en la región de «nivel bajo» (Ceuta, Murcia, Andalucía y Canarias), Baleares (cuya mortalidad parece responder a causas distintas a las de otras comunidades), así como la mejor situación de comunidades como Castilla León, Navarra y Aragón. Por ello, este estudio confirma el patrón hallado en otros estudios presentados a nivel de las Comunidades Autónomas. Las Comunidades Autónomas del sur tienden a concentrar los mayores porcentajes de población viviendo en zonas con Razones de Mortalidad Comparativa mayores de 110 (superiores en un 10% a la del promedio de España), así como los mayores porcentajes en el número de zonas que se hallan en esa situación. Tal es el caso de Extremadura, Andalucía, Canarias y Murcia.

**7.5.5.** Se confirma en este estudio la desigualdad de mortalidad entre la España del noreste (nivel alto) y la España del sur-suroeste (nivel bajo). En las regiones de nivel de vida alto el porcentaje de población que vive en zonas deprimidas, así como el porcentaje de población que vive en zonas con alta mortalidad son bajos. En cambio, en la región de nivel de vida bajo, más de la mitad de la población vive en zonas deprimidas y existe un elevado porcentaje que vive en zonas de alta mortalidad.

**7.5.6.** Se observa una asociación entre los indicadores sociales usados y la mortalidad. Así, tanto a nivel de Comunidades Autónomas como de áreas pequeñas, existe una asociación entre las variables de privación material y la mortalidad. Por un lado, todas las Comunidades Autónomas con menor nivel económico (mayor privación material), salvo Castilla-La Mancha, muestran niveles de Razón de Mortalidad

Comparativa por todas las causas de muerte de más de 100 presentan un elevado porcentaje de población viviendo en zonas con Razón de Mortalidad Comparativa superior a 110.

**7.5.7.** El estudio de áreas pequeñas en España (zonas menores que la provincia) ha mostrado la asociación positiva en forma de gradiente entre los indicadores de privación material y la mortalidad por todas las causas.

El estudio realizado llega a conclusiones globales similares a las obtenidas por los estudios sobre desigualdades en mortalidad en España realizados anteriormente.

**7.5.8.** En relación al estado de salud percibido, se observa en ambas encuestas de 1987 y 1993 cómo el porcentaje de hombres y mujeres con salud deficiente (estado de salud regular, malo o muy malo) aumenta a medida que disminuyen los recursos de la clase social de los individuos; la desigualdad también aumenta a medida que lo hace la edad.

**7.5.9.** Entre 1987 y 1993 se ha producido una disminución de la desigualdad en la valoración del estado de salud entre las clases sociales, particularmente para las edades a partir de los 55 años. Sin embargo, esta disminución de la desigualdad se ha producido particularmente en las Comunidades Autónomas con renta familiar disponible igual o mayor a la renta media nacional. En las Comunidades Autónomas con renta familiar disponible significativamente inferior a la media nacional las desigualdades entre las clases sociales han aumentado.

**7.5.10.** Existen evidencias de que una serie de padecimientos crónicos, tales como trastornos respiratorios (asma y/o bronquitis crónica), tensión arterial elevada y diabetes, son padecidas con mayor frecuencia a medida que descendemos en la clase social de los individuos. Esta tendencia no es homogénea para hombres y mujeres; así, estas desigualdades se constatan en la tensión arterial y la diabetes para las mujeres, y en los trastornos respiratorios para los hombres. Una enfermedad crónica, las alergias, ha sido hallada con mayor frecuencia en las clases más aventajadas, a diferencia de las otras enfermedades.

**7.5.11.** De 1987 a 1993 ha habido un descenso en la prevalencia de tabaquismo entre los hombres, aumentando ligeramente entre las mu-

jeros. Entre los hombres, la prevalencia de tabaquismo es mayor conforme disminuye la clase social. En mujeres, la desigualdad es inversa, es decir, la prevalencia es mayor en las clases con más recursos. Tanto en los hombres como en las mujeres las desigualdades son más evidentes en las regiones de mayor renta aun y cuando la prevalencia de fumadores es menor. En hombres, las desigualdades sociales no parecen haber aumentado significativamente de 1987 a 1993. En mujeres, sin embargo, la diferencia de todas las clases con respecto a la clase I ha disminuido de 1987 a 1993. Dado que en 1987 es el momento en el que la clase I tiene una probabilidad mayor de fumar, esta evolución es claramente negativa.

**7.5.12.** De 1987 a 1993 ha habido un descenso en la prevalencia de alcoholismo. En hombres, la prevalencia de quienes beben alcohol en exceso aumenta conforme disminuye la clase social. En mujeres, en cambio, no se observa un patrón claro. El consumo de alcohol es mayor en las regiones de menor renta entre los hombres, y en las mujeres lo es en las Comunidades Autónomas de mayor renta. Además, en los varones las desigualdades han aumentado entre 1987 y 1993.

**7.5.13.** De 1987 a 1993 ha habido un aumento en la proporción de personas que hacen ejercicio físico. En cuanto al ejercicio físico durante el tiempo libre, existe una clara relación entre clase social y sedentarismo. Tanto en hombres como en mujeres a medida que disminuye la clase social aumenta el porcentaje de personas que no practican ejercicio físico. Este porcentaje además es mayor en las Comunidades Autónomas con renta familiar más baja. Asimismo, las desigualdades entre las clases relativas a la práctica de ejercicio físico han aumentado del 87 al 93.

**7.5.14.** En 1993 se ha producido, en comparación a 1987, un aumento de las consultas al médico en hombres y en mujeres. Sin embargo, cuando se considera tan sólo a las personas con salud deficiente, las consultas al médico han disminuido en mujeres y han aumentado en hombres del 87 al 93.

**7.5.15.** En la consulta al médico no parecen existir claras evidencias de conductas diferentes por parte de las distintas clases sociales. El análisis sugiere la existencia de cierta desigualdad en las mujeres en 1993 entre la clase I, que consul-

taría más, y las clases II, III, y IV, clases que lo harían menos. Sin embargo, en conjunto hay una ausencia de desigualdades en la consulta al médico. Más de un 80% de las personas que han consultado al médico lo han hecho en un centro sanitario público, en comparación con las consultas en entidades privadas o sociedades médicas. Esta proporción es claramente muy diferente según la clase social de los encuestados. Así, en ambas encuestas, alrededor de un 60% de la clase I, más del 70% de la clase II, y alrededor de un 90% de las clases III y IV han acudido al médico en un centro sanitario público. En conjunto, más de un 80% de las personas que han consultado al médico lo han hecho en un centro sanitario público, en comparación a haberlo hecho en una consulta privada o sociedad médica.

**7.5.16.** En 1993 hubo un aumento de las tasas de hospitalización en comparación con 1987. El análisis de las tasas de hospitalización no revela, sin embargo, tendencias claras que indiquen patrones de desigualdad. No se observan diferencias entre las clases sociales, como tampoco aparecen de forma clara entre las Comunidades Autónomas de acuerdo al nivel de renta de las mismas.

**7.5.17.** En nuestro país existe un claro patrón de desigualdad en la utilización de servicios dentales en 1987 y en 1993. La proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que descendemos en la escala social. Pero además, esta desigualdad entre las clases parece haber aumentado de 1987 a 1993. En hombres este aumento ha sido más marcado en las Comunidades Autónomas con renta más baja. En mujeres, por el contrario, en las Comunidades Autónomas con mayor renta es donde el aumento de la desigualdad es más nítido. Parece claro que la financiación eminentemente privada de los servicios dentales está generando desigualdades sociales que no se presentan cuando la financiación es pública.

## **7.6. Políticas para reducir las desigualdades en salud**

**7.6.1.** El objetivo primordial de la investigación sobre desigualdades en salud se ha centrado en el conocimiento de la existencia, la magnitud, la evolución, las causas y las consecuencias de las desigualdades en salud de las poblaciones.

**7.6.2.** La experiencia histórica demuestra que el simple hecho de ignorar la existencia de inequidades no hará que éstas desaparezcan, se autolimiten o reduzcan, ya que las políticas económicas y sociales que dejan al mercado el libre albedrío de la distribución de recursos crean un aumento de las desigualdades.

**7.6.3.** La mayor parte de investigaciones sobre desigualdades sociales en salud coinciden en señalar que son las causas socioeconómicas y políticas de carácter estructural las que mejor explican las desigualdades existentes. Estas causas no son inevitables, sino que en muchos casos pueden modificarse con un coste social razonable, o en todo caso, forman parte del conjunto de opciones que la sociedad debe elegir.

Las intervenciones destinadas a disminuir las desigualdades deben dar respuesta a cuatro preguntas generales: ¿qué debe hacerse?, ¿sobre quién?, ¿dónde aplicarlas? y finalmente, ¿quién debe aplicarlas? Así, es necesario caracterizar varios aspectos: en primer lugar, el tipo de intervención, ya sea de tipo socio-económico o sanitario; segundo, la población sobre la que se debe actuar, ya sea sobre la población general o sobre grupos de riesgo vulnerables; y finalmente, el nivel geográfico sobre el que intervenir: nacional, regional o local.

**7.6.4.** El objetivo de las políticas no puede ser eliminar las desigualdades en salud, sino reducir esas desigualdades al mínimo, creando oportunidades iguales y reduciendo o eliminando aquellos factores que se vean como evitables e injustos. Para ello, las intervenciones generales deben concretarse, en cada caso, en acciones prioritarias específicas, racionales y solidarias, relacionadas con los factores causales de desigualdades más relevantes y modificables. Así, primero, se debe analizar cómo reducir las desigualdades sociales más importantes y de solución más factible, y en segundo lugar, poner en práctica las políticas más eficientes. Para lo primero se requiere información y análisis, para lo segundo, se necesita plantear y resolver conflictos y combatir las resistencias políticas a una estrategia pro-ecuidad.

Estas políticas debieran realizarse tanto a nivel estatal como autonómico y municipal, con el fin de reducir no sólo las desigualdades entre las distintas regiones autonómicas sino también intra-autonómicas y municipales, con la fina-

lidad de que los gobiernos tanto regionales como municipales se sientan implicados en la lucha contra la desigualdad.

**7.6.5.** Los siete principios generales que las políticas sanitarias de reducción de las desigualdades deben tener en cuenta son:

a) la mejora de las condiciones de vida y trabajo de la población. La intervención sobre el acceso y calidad de los alimentos, el agua potable, o la contaminación ambiental son ejemplos de acciones generales sobre la población. Las políticas ante el desempleo o la pobreza son ejemplos de acciones específicas

b) la necesidad de lograr que se adopten estilos de vida más saludables, en especial en los grupos más vulnerables y necesitados

c) la descentralización del poder y la toma de decisiones con el fin de promover la participación popular acorde con las propias necesidades de la población. Ello implica, que la población más vulnerable halle la manera de expresar sus necesidades

d) la valoración del impacto sobre la salud en el campo de la acción intersectorial. Ello conlleva el que se tenga en cuenta el objetivo de mejorar la salud en cualquier plan de desarrollo social o económico

e) dada la estrecha interrelación entre las políticas sociales y sanitarias de los países debe existir un interés mutuo a nivel internacional para controlar diversos problemas de salud. La producción y exportación de productos tóxicos, de fármacos no autorizados, los flujos migratorios, o el control de la contaminación ambiental son ejemplos de esa interrelación

f) lograr el máximo acceso, y la mayor calidad de la atención sanitaria para toda la población. Se trata de, por ejemplo, examinar la distribución de recursos según las necesidades sociales y sanitarias, la distribución geográfica de los servicios o las razones de por qué no se usan servicios esenciales

g) realizar la investigación, seguimiento y evaluación adecuados sobre las políticas para conocer su efectividad real

**7.6.6.** Entre las estrategias más importantes citadas en la literatura especializada destacan las siguientes: primero, actuar sobre las desigual-

dades en salud de los niños porque son acciones relevantes, efectivas y son consideradas situaciones inaceptables para el público; segundo, mejorar las condiciones laborales y de vivienda de la población, y muy en especial la de los grupos más necesitados; tercero, actuar sobre áreas geográficas con privación material y social muy alta; cuarto, lograr que se adopten hábitos de conducta más saludables, en especial en los grupos más vulnerables; y quinto, mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria de toda la población.

**7.6.7.** El informe concluye mostrando la experiencia positiva de reducir las desigualdades sociales en la Comunidad Autónoma Vasca y en el municipio de Barcelona, experiencias que han sido impulsadas por autoridades que pertenecen a distintas opciones políticas pero que comparten la misma sensibilidad social. La reducción de desigualdades sociales debiera ser el proyecto de todas las fuerzas políticas y sociales democráticas.

### **PARTICIPANTES EN LA REALIZACIÓN DEL INFORME «DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA»**

#### **COMISIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIOS DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA:**

— **Presidente:** Vicente Navarro, Profesor del Instituto Universitario de Salud Pública de Catalunya y Catedrático de Política Sanitaria, Sociología y Estudios Políticos en la Escuela de Salud Pública The Johns Hopkins University.

— **Vice-presidente:** Joan Benach, investigador del Dpto. de Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

#### **Grupo de estudios de mortalidad**

— Joan Benach (coordinador). Dpto. Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid

— M<sup>a</sup> Dolores García. Dpto. Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

— Horacio Chamizo García. Instituto de Geografía. Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente de Cuba.

— Carme Borrell. Servicio de Información Sanitaria. Institut Municipal de la Salut. Barcelona.

— Albert Roig. Servicio de Informática. Institut Municipal de la Salut. Barcelona.

#### **Grupo de estudios de las encuestas de salud**

— Antonio Daponte (coordinador). Area de Salud Pública y Promoción de la Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

— Ana M<sup>a</sup> García. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. E.U. de Relaciones Laborales. Universitat de Valencia.

— Joan Benach. Dpto. de Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

— Rosa Perales. Centro Universitario de Salud Pública de Madrid. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

— Juan Donado. Dpto. de Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

#### **Grupo de estudios de políticas**

— Joan Benach (coordinador). Dpto. Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

— Oriol Martí. Escola Universitària de Treball Social. Universitat de Barcelona.

— Maribel Pasarín. Servicio de Información Sanitaria. Institut Municipal de la Salut. Barcelona.

— Vicente Navarro. Catedrático de Política Sanitaria, Sociología y Estudios Políticos en The Johns Hopkins University.

#### **Grupo de estudios de información sociosanitaria**

— Marta Etxenike. Dpto. de Sanidad Ambiental y Ocupacional. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

— Pilar Vega. Investigadora en Geografía Social. Consultora Independiente.

### Asesores y colaboradores

— Jesús Alía. Area de Información Estadística. Instituto Nacional de Estadística.

— Jordi Alonso. Dpto. de Epidemiología i Salut Pública. Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona.

— Nuria Benach. Dpto. de Geografía. Facultat de Geografia i Historia de la Universitat de Barcelona.

— Lourdes Biglino. Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

— M<sup>a</sup> del Mar Calvente. Area de Promoción de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

— José Ignacio Cuadrado. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

— Elia Diez. Dpto. Promoción de la Salud. Institut Municipal de la Salut de Barcelona.

— Javier Elola. Director Provincial. Insalud. Madrid

— José Manuel Freire. Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad en Madrid, Instituto de Salud Carlos III.

— Margarita García Ferruelo. Area de Estadísticas Sanitarias. Instituto Nacional de Estadística de Madrid.

— Encarna Gascón. Dpto. de Salud Pública. Universidad de Alicante.

— David Goizueta. Servicio de Programación de Censos. Instituto Nacional de Estadística de Madrid.

— M<sup>a</sup> Jesús Lamarca. Facultad de Filología. Universidad Complutense, Madrid.

— Ferrán Martínez Navarro. Profesor del Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

— Asunción Prieto. Información y Estadísticas Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

— Enrique Regidor. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

— José Ramón Repullo, Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad en Madrid, Instituto de Salud Carlos III.

— Elisa Rosa. Dpto. de Geografía. Facultad de Geografía e Historia de la Universidad de Barcelona.

— Ana Ruigómez. Dpto. Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

— Serapio Severiano. Servicio Información Sanitaria. Comunidad de Madrid.

— Francisco Sevilla. Director General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

— José A. Tapia. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Programa de Publicaciones. Washington D.C. (Estados Unidos).

— Gloria Torres. Area de Cartografía Digital. Instituto Nacional de Estadística.

### ÍNDICE DE FIGURAS

1. Índice sintético de privación material por Comunidad Autónoma

2. Distribución de la población en las categorías de índice sintético por Comunidad Autónoma

3. Distribución de zonas en las categorías de índice sintético por Comunidad Autónoma

4. Indicadores de privación material (analfabetismo y desempleo) por región

5. Distribución por población y zonas deprimidas (índice sintético 4 y 5) por región

6. Distribución de la población en zonas con RMC mayor de 110 (porcentaje) por Comunidad Autónoma, ordenadas según su nivel de índice sintético general

7. Distribución del número de zonas con RMC mayor de 110 por Comunidad Autónoma, ordenadas según su nivel del índice sintético general

8. Distribución de la población en zonas según su nivel de mortalidad por enfermedades circulatorias por Comunidad Autónoma, ordenadas su nivel de índice sintético general
9. Distribución de la población en zonas según su nivel de mortalidad por tumores malignos por Comunidad Autónoma, ordenadas su nivel de índice sintético general
10. Índice sintético y mortalidad (porcentaje de población con RMC mayor de 110) por Comunidad Autónoma
11. Índice sintético y mortalidad enfermedades circulatorias (porcentaje de población en zonas con RMC mayor de 110) por Comunidad Autónoma
12. Índice sintético y mortalidad tumores malignos (porcentaje de población en zonas con RMC mayor de 110) por Comunidad Autónoma
13. Porcentaje de analfabetismo y mortalidad (RMC mortalidad por todas las causas) por Comunidad Autónoma
14. Porcentaje de desempleo y mortalidad (RMC mortalidad por todas las causas) por Comunidad Autónoma
15. Índice sintético y mortalidad (RMC mortalidad todas las causas) por Comunidad Autónoma
16. Asociación entre porcentaje de desempleados y mortalidad (RMC mortalidad por todas las causas) en zonas de al menos 50.000 habitantes
17. Asociación entre porcentaje de analfabetos y mortalidad (RMC mortalidad por todas las causas) en zonas de al menos 50.000 habitantes
18. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) según nivel de índice sintético (desempleo, analfabetismo)
19. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para la mortalidad por todas las causas según nivel de desempleo
20. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para la mortalidad por todas las causas según nivel de analfabetismo
21. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para la mortalidad por todas las causas según nivel de renta familiar (I. Klein)
22. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades del aparato circulatorio según el índice sintético
23. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades del aparato respiratorio según el índice sintético
24. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades del aparato digestivo según el índice sintético
25. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las enfermedades infecciosas y Sida según el índice sintético
26. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para las causas externas según el índice sintético
27. Niveles de RMC e intervalos de confianza (95%) para los tumores malignos según el índice sintético
28. Salud deficiente en hombres según la clase social por grupos de edad en la ENSE87
29. Salud deficiente en hombres según la clase social por grupos de edad en la ENSE93
30. Salud deficiente en mujeres según la clase social por grupos de edad en la ENSE87
31. Salud deficiente en mujeres según la clase social por grupos de edad en la ENSE93
32. Salud deficiente en mujeres según clase social y renta en las Comunidades Autónomas en la ENSE87
33. Salud deficiente en mujeres según clase social y renta en las Comunidades Autónomas en la ENSE93
34. Probabilidad de declarar salud deficiente según clase social en hombres en ENSE87 y ENSE93
35. Probabilidad de declarar salud deficiente según clase social en hombres en ENSE87 y ENSE93 y nivel de renta de la Comunidad Autónoma
36. Limitación de la actividad principal según clase social y estado de salud percibido en ambos sexos en la ENSE93
37. Alergia declarada según clase social y sexo en las ENSE87 y ENSE93

38. Asma o bronquitis crónica declarada según clase social y sexo en las ENSE87 y ENSE93
39. Diabetes declarada según clase social y sexo en las ENSE87 y ENSE93
40. Hipertensión arterial declarada según clase social y sexo en las ENSE87 y ENSE93
41. Porcentaje de fumadores por sexo y clase social en la ENSE87 y ENSE93
42. Porcentaje de fumadores en hombres según clase social por grupos de edad en la ENSE87
43. Porcentaje de fumadores en hombres según clase social por grupos de edad en la ENSE93
44. Porcentaje de fumadores en mujeres según clase social por grupos de edad en la ENSE87
45. Porcentaje de fumadores en mujeres según clase social por grupos de edad en la ENSE93
46. Probabilidad de consumir tabaco en hombres en las ENSE87 y ENSE93
47. Probabilidad de consumir tabaco en mujeres en las ENSE87 y ENSE93
48. Porcentaje de bebedores en exceso según sexo y clase social en las ENSE87 y ENSE93
49. Porcentaje de bebedores en exceso en hombres según clase social por grupos de edad en la ENSE87
50. Porcentaje de bebedores en exceso en hombres según clase social por grupos de edad en la ENSE93
51. Porcentaje de bebedores en exceso en hombres por clase social en la ENSE93, según nivel de renta de la Comunidad Autónoma
52. Porcentaje de bebedoras en exceso en mujeres por clase social en la ENSE93, según nivel de renta de la Comunidad Autónoma
53. Probabilidad de consumir alcohol en hombres en las ENSE87 y ENSE93
54. Probabilidad de consumir alcohol en mujeres en las ENSE87 y ENSE93
55. Porcentaje de personas inactivas según su sexo y clase social en la ENSE87 y ENSE93
56. Porcentaje de personas inactivas según clase social en la ENSE87
57. Porcentaje de personas inactivas en hombres según clase social en la ENSE93
58. Porcentaje de personas inactivas en mujeres según clase social en la ENSE87
59. Porcentaje de personas inactivas en mujeres según clase social en la ENSE93
60. Porcentaje de personas inactivas en hombres, por clase social en la ENSE93, según nivel de renta de la Comunidad Autónoma
61. Porcentaje de personas inactivas en mujeres, por clase social en la ENSE93, según nivel de renta de la Comunidad Autónoma
62. Probabilidad de no hacer ejercicio físico en hombres en las ENSE87 y ENSE93
63. Probabilidad de no hacer ejercicio físico en mujeres en las ENSE87 y ENSE93
64. Porcentaje de personas con sobrepeso por sexo y clase social en las ENSE87 y ENSE93
65. Porcentaje de personas con sobrepeso en hombres según clase social en la ENSE87
66. Porcentaje de personas con sobrepeso en hombres según clase social en la ENSE93
67. Porcentaje de personas con sobrepeso en mujeres según clase social en la ENSE87
68. Porcentaje de personas con sobrepeso en mujeres según clase social en la ENSE93
69. Porcentaje de personas con sobrepeso en hombres, por clase social en la ENSE93 según nivel de renta de la Comunidad Autónoma
70. Porcentaje de personas con sobrepeso en mujeres, por clase social en la ENSE93 según nivel de renta de la Comunidad Autónoma
71. Probabilidad de sobrepeso en hombres en las ENSE87 y ENSE93
72. Probabilidad de sobrepeso en mujeres en las ENSE87 y ENSE93
73. Consulta al médico en hombres según clase social por grupos de edad en la ENSE87

74. Consulta al médico en hombres según clase social por grupos de edad en la ENSE93

75. Consulta al médico en mujeres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en la ENSE87

76. Consulta al médico en mujeres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en la ENSE93

77. Consulta al médico en hombres según clase social y situación laboral en la ENSE87

78. Consulta al médico en hombres según clase social y situación laboral en la ENSE93

79. Consulta al médico según clase social y sexo según situación laboral en las ENSE87 y ENSE93

80. Probabilidad de haber consultado al médico en personas con salud deficiente según clase social en ENSE87 y ENSE93

81. Consulta en atención primaria pública en hombres según grupos de edad y por clase social en la ENSE87

82. Consulta en atención primaria pública en hombres según grupos de edad y por clase social en la ENSE93

83. Consulta en atención primaria pública en mujeres según grupos de edad y por clase social en la ENSE87

84. Consulta en atención primaria pública en mujeres según grupos de edad y por clase social en la ENSE93

85. Probabilidad de haber consultado al médico en un centro sanitario público según clase social en las ENSE87 y ENSE93

86. Hospitalización en los últimos 12 meses en hombres según grupos de edad y clase social en la ENSE87

87. Hospitalización en los últimos 12 meses en hombres según grupos de edad y clase social en la ENSE93

88. Hospitalización en los últimos 12 meses en mujeres según grupos de edad y clase social en la ENSE87

89. Hospitalización en los últimos 12 meses en mujeres según grupos de edad y clase social en la ENSE93

90. Hospitalización en los 12 meses anteriores en hombres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en la ENSE87

91. Hospitalización en los 12 meses anteriores en hombres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en la ENSE93

92. Hospitalización en los 12 meses anteriores en mujeres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en la ENSE87

93. Hospitalización en los 12 meses anteriores en mujeres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en la ENSE93

94. Consulta al dentista en hombres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la ENSE87

95. Consulta al dentista en hombres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la ENSE93

96. Consulta al dentista en mujeres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la ENSE87

97. Consulta al dentista en mujeres en los últimos tres meses según grupos de edad y por clase social en la ENSE93

98. Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos tres meses en hombres en las ENSE87 y ENSE93

99. Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos tres meses en mujeres en las ENSE87 y ENSE93

100. Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos tres meses en hombres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en las ENSE87 y ENSE93

101. Probabilidad de haber consultado al dentista en los últimos tres meses en mujeres según clase social y renta de las Comunidades Autónomas en las ENSE87 y ENSE93

## ÍNDICE DE TABLAS

1. Municipios, zonas y porcentaje de reducción de los municipios a zonas por Comunidad Autónoma

2. Variación de los indicadores de privación material según el índice sintético de privación material

3. Indicadores de desempleo y analfabetismo por Comunidad Autónoma en 1991

4. Distribución de la población total y población según índice sintético (1 y 2 zonas aventajadas, 4 y 5 zonas deprimidas) de las zonas por Comunidades Autónomas

5. Índice sintético y población por región y Comunidad Autónoma

6. Población total y población que vive en zonas deprimidas (índice sintético 4 y 5) por región (número absoluto y porcentaje)

7. Población en zonas con RMC mayor de 110 (porcentaje) y RMC por todas las causas (valores absolutos y posición relativa)

8. Porcentaje de analfabetismo y RMC (mortalidad por todas las causas) por Comunidad Autónoma

9. Porcentaje de desempleo y RMC (mortalidad por todas las causas) por Comunidad Autónoma

10. Índice sintético y RMC (mortalidad por todas las causas) por Comunidad Autónoma

11. Nivel de privación material y mortalidad por todas las causas (RMC > 110) por Comunidad Autónoma

12. Asociación entre razón de mortalidad comparativa, mortalidad por todas las causas, e indicadores de privación material según tamaño poblacional

13. Modelo de regresión lineal múltiple entre la RMC para la mortalidad por todas las causas e indicadores de privación material (zonas  $\geq 50.000$ )

14. Ocupaciones y porcentaje de población asignado a cada clase social en las ENSE87 y ENSE93

15. Nivel de renta familiar disponible por habitante en las Comunidades Autónomas en 1987 y 1993

### ÍNDICE DE MAPAS

1. Desigualdad en analfabetismo en España (1991) (porcentaje de analfabetos)

2. Desigualdad en desempleo en España (1991) (porcentaje de desempleados)

3. Desigualdad en privación material en España (1991) (índice sintético de analfabetismo y desempleo)

4. Desigualdades en mortalidad en España (1990-1992) (tasas brutas de mortalidad por todas las causas, por 100.000)

5. Población mayor de 55 años en España (1991) (porcentaje de población)

6. Desigualdades en mortalidad en España (1990-1992) (razón de mortalidad comparativa)

7. Desigualdades de mortalidad enfermedades del aparato circulatorio (1990-1992) (razón de mortalidad comparativa)

8. Desigualdades de mortalidad por tumores malignos (1990-1992) (razón de mortalidad comparativa)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar M, Gaviria M, Laparra M. La caña y el pez. Estudio sobre los salarios sociales en las Comunidades Autónomas. Madrid: Fundación FOESSA, 1995.
2. Alonso J, Antó JM. «Desigualdades de salud en Barcelona». *Gac Sanit* 1988. 2(4):4-12.
3. Andersen O, et al. (1987). «A Comparative Study of Occupational Mortality in the Nordic Countries 1971-1980». En: *Proceedings of the 4th Meeting of the UN/WHO/CICRED Network*, Zamardi, Hungría. Hungarian Statistical Bureau.
4. Angell M. «Privilege and health - What is the solution?» *The N Engl J Med* 1993. 329(2):126-127.
5. Antonovsky A. «Social class, life expectancy and overall mortality». *Milbank Memorial Quarterly* 1967: 45:31-73.
6. Arbor S. «Social class inequalities in women's health and the health of the elderly». *Annapolis, Maryland*, 28-30 September 1994.
7. Argenteria. *Las desigualdades en España. Síntesis estadística*. Madrid: Argenteria, 1995.
8. Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA, et al. «Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia». *Med Clín (Barc)* 1993;100:281-287.

9. Armero MJ, Frau MJ, Colomer C. «Indicadores de salud en el medio urbano. Variación en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas». *Gac Sanit* 1991; 5:17-20.
10. Avella A, et al. «Variables socioeconómicas y cáncer colo-rectal en Palma de Mallorca». *Gac Sanit* 1988; 8(2):230-234.
11. Banco Mundial. *World Development Report*. Oxford: Banco Mundial, 1991.
12. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Madrid: Banco Mundial, 1993.
13. Bauza et al. «Desigualdades en salud en la ciudad de Palma». 4 Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). 25-28 de octubre de 1991. *Gac Sanit (Supl)* 1991;5:77-78.
14. Benach J, García MD. «Desigualdades sociales en salud en España: descripción de las fuentes de información (1986-1993)». Comunicación. Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología. Murcia: SEE, 1994.
15. Benach J. «Health concepts and health measurement in establishing health priorities: some unresolved issues». En: *Distribución de recursos escasos y opciones sanitarias*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina, 1996: 73-92.
16. Benach J. «Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1980-1994)». *Gac Sanit* 1995; 49(9):251-264 (anexo bibliográfico).
17. Benach J. «Políticas correctoras de desigualdades sociales en salud: aspectos conceptuales y metodológicos». VI Congreso SESPAS / XIII Reunión Científica SEE. Barcelona: SESPAS, SEE, 1995.
18. Benavides FG, Segura A, Godoy C. «Estadísticas de mortalidad en España. Pequeños problemas, grandes perspectivas». *Rev Salud Pública* 1991.; 2:43-46.
19. Bennett S. «Cardiovascular risk factors in Australia: trends in socioeconomic inequalities». *J Epidemiol Community Health* 1995, 49(4):363-372.
20. Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres: King's Fund, 1995.
21. Black D. «Inequalities in Health». *Public Health* 1991; 105,23-27.
22. Blane D. «An assessment of the Black Report's Explanations of health Inequalities». *Sociol Health Illness* 1985; 7(3):423-445.
23. Blaxter M. *The health of the children*. Londres: Heinemann, 1981.
24. Bolívar I, Pera G. «Desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios: análisis del efecto de la reforma de la atención primaria». En: Navarro y Borrell: *Seminario sobre desigualdades sociales en salud en España*. Febrero 1996. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública.
25. Borrell C, Plasencia A, Pañella H. «Excés de mortalitat en una area urbana centrica: el cas de Ciutat Vella a Barcelona». *Gac Sanit* 1991; 5(27):243-253.
26. Borrell C. *Epidemiologia de les desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona i la seva relació amb indicadors socio-economics*. [Trabajo de Tercer Ciclo]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1992.
27. Borrell C, Arias A. «Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona, 1983-1989». *Gac Sanit* 1993; 7(38):205-219.
28. Borrell C, Arias A. «Desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona i la seva relació amb els indicadors socio-econòmics». *Barcelona Societat* 1994; 2:63-68.
29. Borrell C, Arias A. «Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona (Spain)». *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:460-465.
30. Borrell C. *Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona, 1983-1992*. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1995.
31. Bridgman RF. *L'Hopital de la Cité*. Paris, 1963.
32. Bucher HC, Ragland DR. «Socioeconomic indicators and mortality from coronary heart disease and cancer: a 22-year follow-up of

- middle-aged men». *Am J Public Health* 1995; 85(9):1231-6
33. Caïs J, Castilla EJ, de Miguel JM. «Desigualdad y Morbilidad». I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza. Vol. VIII. Madrid: Fundación Argentaria, 1991.
  34. Canela J. Análisis comparativo de la mortalidad por causas en España y otros países durante el período 1977-1979. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1985.
  35. Carpentier A. Guerra del tiempo: El camino de Santiago. Madrid: Alianza Editorial, 1993.
  36. Carr-Hill R. «The measurement of inequities in health: lessons from the British experience». *Soc Sci Med* 1990; 31(3):393-404.
  37. Carstairs V, Morris R. «Deprivation and mortality: an alternative to social class?». *Comm Med* 1989. 11(3):210-219.
  38. Carstairs V, Morris R. «Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales». *Br Med J* 1989; 299:886-9.
  39. Carstairs V, Morris R. Deprivation and Health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press, 1991.
  40. Carter and Peel (eds). Equalities and inequalities in health. Londres: Academic press, 1976.
  41. Casi A, Moreno C. «Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años». *Aten Prim* 1992; 10(1):543-548.
  42. Central Hispano. Atlas Comercial de España. Madrid: Central Hispano, 1994.
  43. Cernerud L. «Are there still social inequalities in height and body mass index on Stockholm children?». *Scan J Soc Med* 1994. 22(3):161-165.
  44. Collado A, de Miguel JM. «Desigualdades sanitarias y sociales: análisis de la Encuesta Nacional de Salud». II Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza. Madrid: Fundación Argentaria, 1995.
  45. CONAPO (Consejo Nacional de Población). La marginación de los municipios de México. México: CONAPO, 1994.
  46. Cooper RS. «Health and the social status of blacks in the United States». *Ann Epidemiol* 1993; 3(2):137-44
  47. Córdoba J, García JM<sup>a</sup>. Geografía de la pobreza y la desigualdad. Madrid: Síntesis, 1991.
  48. Costa J. Desigualtats en la Mortalitat als Barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1989.
  49. Croft S, et al. «Socioeconomic and behavioral correlates of body mass index in black adults: the pitt county study». *Am J Public Health* 1992 82:821-826.
  50. Cruz C, Almises M. «Relación de la clase social con la cobertura vacunal contra tétanos y poliomielitis en una población infantil». *Pediatrka* 1990; 10/241:17-22.
  51. Chadwick E (1842/1965). Report on an Enquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain. Edinburgh: University of Edinburgh Press, 1965.
  52. Charlton JR, et al. «Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales». *Lancet* 1983; 691-696.
  53. Charlton BG, White M. «Living on the margin: a salutogenic model for socio-economic differentials in health». *Public Health* 1995; 109(4):235-43.
  54. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 1992.
  55. Dame MA, Wolinsky FD. «Rating journals in health care administration. The use of bibliometric measures». *Medic Care* 1993; 31(6):520-524.
  56. Davey-Smith GD, Shipley MJ, Rose G. «Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study», *J Epidemiol Comm Health* 1990; 44:265-70.

57. Davey-Smith GD, Blane D, Bartley M. «Explanations for socio-economic differentials in mortality. Evidence from Britain and elsewhere». *Eur J Public Health* 1994; 4:131-144.
58. Davey-Smith GD, Morris J. «Increasing inequalities in the health of the nation»; *BMJ* 1994; 309:1453-1454.
59. de Miguel A (Dtor). *La sociedad española 1992-1993*. Madrid: Alianza editorial, 1992.
60. del Llano J. *Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar del municipio de Madrid*. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 1992.
61. Dhoquois G. *En favor de la Historia*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1977.
62. Dhondt J. *La Alta Edad Media*. Madrid: Historia Universal Siglo XXI, 1972.
63. Díez E, Torrentó R. «El programa maternoinfantil de Ciutat Vella. Intervención comunitaria en una zona urbana deprimida». En: Sánchez-Vidal A. (comp.) *Programas de Prevención e Intervención Comunitaria*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993: 129-158.
64. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. «Desigualdades en salud maternoinfantil: impacto de una intervención». *Gac Sanit* 1995; 49(9):224-231.
65. Díez E, Clavería J, Serra T, Caylà J, Jansà JM, Pedro R, Villalbí JR. «Evaluación de una intervención sociosanitaria en tuberculosos indigentes». *Tubercle and Lung disease*. (en prensa).
66. Diez-Roux AV, et al. (1995). «Social inequalities and atherosclerosis. The atherosclerosis risk in communities study». *Am J Epidemiol* 1996; 141(10):960-972.
67. Domènech A. «Sis conceptes d'igualtat». En: *L'ètica del present*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions, 1989.
68. Domingo A. *Nèixer a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1982.
69. Domingo A, Marcos J. «Propuesta de un indicador de la «Clase social» basado en la ocupación». *Gac Sanit* 1989, 3(10):320-326.
70. Domínguez F. *Desigualdades en salud: mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal en España (1981-1991)*. Trabajo de Tercer Ciclo. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1994.
71. Donate M, Nabit JL. *Condiciones materiales de vida del entorno familiar*. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1991.
72. Dubos R (1959/1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
73. Duncan BB, Rumel D, Zelmanowicz A, Mengue SS, dos-Santos S, Dalmaz A. «Social inequality in mortality in Sao Paulo State, Brazil». *Int J Epidemiol* 1995; 24(2): 359-65
74. Durán MA. *Desigualdad social y enfermedad* Madrid: Tecnos, 1983.
75. Engels F (1844/1981). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. En: Engels. *Escritos de juventud*. México: Fondo de Cultura Económica.
76. Etxenike M. *Inegalités sociales en matière de santé dans l'aire sanitaire numero un de la Communauté de Madrid*. Trabajo de Tercer Ciclo. Bruselas: Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, 1994.
77. Evers S. «Economic and social factors associated with obesity in adult Canadians». *Nutr Res* 1987, 7:3-13.
78. Faggiano F, Zanetti R, Costa G. «Cancer risk and social inequalities in Italy». *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(5):447-452.
79. Feinstein JS. «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature». *The Milbank Quarterly* 1993; 71(2):279-322.
80. Fernández de la Hoz K. *Desigualdades en salud en España*. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1993.
81. FOESSA. *Informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación Foessa, 1970.
82. FOESSA. *Informe sociológico sobre la situación social en España*. Vol 1. Madrid: Fundación Foessa, 1994.

83. Foucault M. *Naissance de la clinique*. París: Presses Universitaires de France, 1972.
84. Fox J. *Health Inequalities in European Countries*. European Science Foundation. Aldershot: Great Britain, 1989.
85. Frank JP (1790/1942). «The people's misery - mother of disease». *Bulletin History of Medicine*. 9, trans. Singer H. 81-100.
86. Freire JM. «Cobertura Sanitaria y equidad en España». En: *I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza*. Volumen VIII. El impacto de las políticas sociales: educación, salud, vivienda, pag. 113-138. Madrid: Fundación Argentaria, 1993.
87. Freire JM, Infante A. «Universalización y aseguramiento sanitario en España». *Med Clin (Barc)* 1995; 113-138. Madrid: Fundación Argentaria.
88. García C, Cortés M, Durán C. «Mortalidad perinatal en España. La necesidad del enfoque epidemiológico». *Rev San Hig Pub* 1989, 63:19-30.
89. Garrido P, Castillo I, Benavides FG, Ruiz I. «Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal.» *Gac Sanit* 1994; 8:128-132.
90. Gil López E, Jiménez García-Pascual R, Pérez Andrés C y Vargas Marcos F. *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
91. Gili M, et al. «Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol». *Rev Salud Pública* 1989;1:133-158.
92. Gobierno Vasco. *Informe sobre la pobreza en la Comunidad Autónoma Vasca, Vitoria-Gasteiz*, Gobierno Vasco, 1986 (informe no publicado).
93. Gobierno Vasco. *La pobreza en la Comunidad Autónoma Vasca, Vitoria-Gasteiz*, Gobierno Vasco, 1987.
94. Gobierno Vasco. *Plan Integral de Lucha contra la Pobreza en Euskadi (normativa y legislación)*, Vitoria-Gasteiz, 1991.
95. Goldblatt P. «Mortality by social class 1971-1985». *Population Trends* 56:6-15. Londres: Her Majesty's Stationery Office, 1989.
96. Gómez P. «Desigualtats socials a la ciutat de Barcelona». *Barcelona Societat* 1994; 2:4-23.
97. González J, Regidor E. «Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios». En: *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
98. González J et al. «Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España». *Med Clin (Barc)* 1989;92:15-18.
99. Greenland S. «Divergent biases in ecological and individual-level studies». *Stat Med* 1992; 11:1209-1223.
100. Guillén M. «Salud, estructura familiar y pautas de desigualdad. El caso de las consultas privadas de salud dental». *Rev Esp Invest Sociol* 1991, 53:53-74.
101. Gutiérrez JJ, Guillén F, Pérez FP, Hidalgo MI. al. *La atención primaria vista a través de las publicaciones médicas españolas (1974-1983)*. Un estudio bibliométrico. *Aten Prim* 1985, 2(6):329-337.
102. Gutiérrez M<sup>a</sup>D, Márquez S, Colomer C. «Desigualdades sociales y alimentación: estudio ecológico de las ventas de alimentos de una cadena de supermercados». *Gac Sanit* 1994; 8:304-309.
103. Gutiérrez T, Latour J, López V, et al. «Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio». *Med Clin (Barc)* 1994; 103(20):766-769.
104. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C. «Economic and social factors associated with body mass index and obesity in the Spanish population aged 20-64 years». *European J Public Health* 1995; 5:193-198.
105. Hall EM, Johnson JV. «Towards an understanding of the interconnectedness of class, work and health». Paper prepared for author's working conference on society and health. October 14-17, 1992.
106. Harding S. «Social class differences in mortality of men: recent evidence from the OPCS Longitudinal Study. Office of Population Censuses and Surveys». *Popul Trends* 1995; Summer(80): 31-7.

107. Harrington M. *The Other America*. Harmondsworth: Penguin, 1962.
108. Hart M. «The social and economic environment and human health». En: Holland WW, Detels R, Knox G (eds). *Oxford Textbook of Public Health* (vol. 1). Oxford, 1991.
109. Helmert U, Shea S. «Social inequalities and health status in western Germany». *Public Health* 1994, 108(5):341-356.
110. Holland WW. (ed). *European Community Atlas of 'Avoidable Death'*. Second Edition. Vol. 1. Oxford: Oxford University Press, 1991.
111. Holland WW. (ed). *European Community Atlas of 'Avoidable Death'*. Second Edition. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1993.
112. Idler EI, Angel R. «Self-rated health and mortality in the NHANES-1 epidemiologic follow-study». *Am J Public Health*, 80:446-452.
113. Illsley R. «Occupational Class, Selection and the Production of Inequalities in Health». *Q J Soc Aff* 1986; 2(2):151-165.
114. Illsley R. «Occupational class, selection and inequalities in health - a rejoinder to Richard Wilkinson's reply» *Q J Soc Aff* 1987; 3(3):213-223.
115. Illsley R. «The health divide: Bad welfare or bad statistics?» *Poverty (J Child Poverty Action Group)* 1987; 67:16-17.
116. Illsley R, LeGrand J. «The measurement of inequality in health». En: Williams A (ed). *Economics and Health* Londres: MacMillan, 1987.
117. Illsley R. «Comparative review of sources, methodology and knowledge». *Soc Sci Med* 1990; 31(3):229-236.
118. Illsley R, Baker D. «Contextual variations in the meaning of health inequality». *Soc Sci Med* 1991; 32(4):359-365.
119. INE (Instituto Nacional de Estadística). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. Un primer comentario de los resultados*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1987.
120. INE (Instituto Nacional de Estadística). *Las discapacidades de la población española. Un estudio basado en modelos de regresión logística*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1989.
121. INE (Instituto Nacional de Estadística). *Panorámica social en España*, Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1994.
122. Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisl H (1933/1972). *Marienthal: the Sociography of an Unemployed Community*. Londres: Tavistock.
123. Jones IG, Cameron D. «Social Class: an embarrassment to epidemiology?» *Comm Med* 1984; 6:37-46.
124. Jones K, Moon G. *Health, disease and society*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1987.
125. Jovell A. «Desigualdades en el nivel de salud». En: FOESSA (1994). *Informe sociológico sobre la situación social en España. Vol 1*. Madrid: Fundación Foessa, 1994.
126. Kaplan G, Camacho T. «Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort». *Am J Epidemiol* 1983, 117:292-304.
127. Kitigawa EM, Hauser PM. *Differential mortality in the United States*. Cambridge: Harvards University press, 1973.
128. Klein R. «Acceptable inequalities». En: Green D (ed). *Acceptable Inequalities? Essays on the Pursuit of Equality in Health Care*, Londres: Institute of Economic Affairs, 1988.
129. Klein R. «Making sense of inequalities: A Response to Peter Townsend». *Int J Health Serv* 1991; 21(1):175-181.
130. Kohler L, Martin J (eds). *Inequalities in health and health care*. Gothenberg: WHO/Nordic School of Public Health, 1985.
131. Kosa J, Antonovsky A, Zola IK. *Poverty and Health. A Sociological Analysis*. Cambridge: Harvard University Press, 1969.
132. Krieger N, Fee E. «Social class: The missing link in U.S. Health data». *Int J Health* 1994;24(1):25-44.
133. Kuhlemeier KV. *A bibliometric analysis of the Archives of Physical Medicine and*

- Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1992, 73(2):126-132.
134. Kula K. Théorie Économique du Système Féodal. París: Mouton, 1970.
135. Kunst AE, Mackenbach JP. «International variation in the size of mortality differences associated with occupational status». Int J Epidemiol 1994, 23(4):742-750.
136. Kunst AE, Geurts JJ, Van-den-Berg J. «International variation in socioeconomic inequalities in self-reported health». J Epidemiol Comm Health 1995, 49(2):117-123.
137. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring Socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: World Health Organization, 1995.
138. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat, 1978.
139. Lang T, Ducimetiere P. «Premature cardiovascular mortality in France: divergent evolution between social categories from 1970 to 1990». Int J Epidemiol 1995; 24(2):331-339.
140. Lardelli P, Masa J, Maderuelo A, et al. «Infant, neonatal, postneonatal and perinatal mortality in Spain, 1975-1984. Interregional and interannual differences». Soc Sci Med 1991, 33(5):613-620.
141. Lardelli P, Luna JD, Masa J, et al. «Desigualdades en salud: la mortalidad perinatal e infantil en España». Gac Sanit 1993, 7:21-26.
142. Lardelli P, Blanco JI, Delgado M, et al. «Influence of socioeconomic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain 1975-1986». J Epidemiol Comm Health 1993. 47:260-264.
143. Latour J, Romero FA, Alvarez-Dardet CA. «Mortalidad en cuidados intensivos: importancia de los factores de riesgo sociales». Med Clin (Barc) 1987; 89:763-767.
144. Latour J, et al. «Inequalities in health in intensive care patients». J Clin Epidemiol 1991; 44:889-894.
145. Le Goff J. La Baja Edad Media. Madrid: Historia Universal Siglo XXI, 1971.
146. Lee PR, Moss N, Krieger N. «Measuring social inequalities in health. Report on the Conference of the National Institutes of Health». Public Health Report, 1995; 10(3):302-305.
147. Liberatos P, Link GB, Kelsey LJ. «The measurement of social class in epidemiology». Epidemiol Rev 1988; 10:87-121.
148. Librero J, Benavides FG, Godoy C. «Análisis de la mortalidad en áreas pequeñas: el problema de la residencia». Gac Sanit 1993; 37(7):169-175.
149. Librero J, Benavides FG. «La validez del municipio de residencia en las estadísticas de mortalidad: hallazgos a partir de la actualización de los padrones municipales en dos municipios de la Comunidad Valenciana». Gac Sanit 1995; 49(9):232-236.
150. López Acuña D. La salud desigual en México. México: Siglo XXI, 1980.
151. Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. Desigualdad, pobreza y salud en México. México: El Nacional, 1993.
152. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. (III) Los indicadores de producción, circulación y dispersión, consumo de la información y repercusión. Med Clin (Barc) 1992; 98: 142-148
153. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. (IV) La aplicación de los indicadores. Med Clin (Barc) 1992; 98:384-388.
154. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. (I) Usos y abusos de la bibliometría. Med Clin (Barc) 1992; 98:64-68;
155. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica. (II) La comunicación científica en las distintas áreas de las ciencias médicas. Med Clin (Barc) 1992; 98:101-106.
156. Luukkonen T. Bibliometrics and evaluation of research performance. Ann Med 1990, 22(3):145-150.

157. Macintyre S. «The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain: directions for sociological research». *Soc Sci Med* 1986; 23(4):393-415.
158. Mackenbach JP. «Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of five year research programme». *BMJ* 1994; 309(6967):1487-1491.
159. Mackenbach JP. «Social inequality and Death as Illustrated in Late-Medieval Death Dances». *Am J Pub Health* 1995; 85(9):1285-1292.
160. Marbeau Y. Harmonisation of demographics in Europe 1991: The state of the art. Marketing and research today 1992: 33-40.
161. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJS. «Employment grade and coronary heart disease in British civil servants». *J Epidemiol Community Health* 1978. 32:244-9
162. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. «Inequalities in death -Specific explanations of a general pattern?». *Lancet* 1984;2:1003-6.
163. Marmot MG, McDowell ME. «Mortality decline and widening social inequalities». *Lancet* 1986; 274-276.
164. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. «Socioeconomic status and disease», 1991. En: Health Promotion Research WHO Regional Publications. European Series num. 37.
165. Marmot MG, Davey-Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. «Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study». *Lancet* 1991; 1387-1393.
166. Marshall SW, Kawachi I, Pearce N, Borman B. «Social class differences in mortality from diseases amenable to medical intervention in New Zealand». *Int J Epidemiol* 1993; 22(2): 255-61
167. Martín JM, Tormo MJ. «Derecho a la confidencialidad e investigación epidemiológica». *S.E.E. NOTA* 1994; n° 1.
168. Martín FJ, March JC. «Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga». *Gac Sanit* 1992; 6:198-206.
169. Martínez Navarro JF. Assaig sobre salut comunitària. Barcelona: Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1984.
170. McCord C, Freeman HP. «Excess Mortality in Harlem». *N Engl J Med* 1990; 322(3):173-177.
171. McKeown T (1976/1978). *El crecimiento moderno de la población*. Barcelona: Antoni Bosch.
172. McKeown T. *The role of medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford: Basil Blackwell, 1979.
173. Méndez R, Molinero F (coord). *Geografía de España*, Barcelona: Ariel, 1993.
174. M'Gonigle GEN, Kirby J. *Poverty and Public health*. Londres: Gollancz, 1936.
175. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Atlas de mortalidad evitable en España*. Madrid. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
176. Morgenstern H. «Uses of ecologic analysis in epidemiologic research». *Am J Public Health* 1982; 72(12):1336-1344.
177. Morgenstern H. «Socioeconomic factors: concepts, measurement and health effects. Workshop on Measuring Psychosocial variables in epidemiologic studies of cardiovascular disease». US Department of Health and Human Services; 1985. NIH publication No. 85-2270.
178. Morgenstern H. «Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles and methods». *Ann Rev Public Health* 1995; 16:61-81.
179. Morris JN. «Social inequalities undiminished». *Lancet* 1979; 87-90.
180. Morris JN. «Inequalities in health: ten years and little further on». *Lancet* 1990; 336:491-493.
181. Morris R, Carstairs V. Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes. *J Public Health Med* 1991; 13(4): 318-326.
182. Navarro V. *Class, struggle, the State and medicine*. Oxford: Martin Robertson Co. Ltd, 1978.
183. Navarro V. *Crisis, Health and Medicine. A Social Critique*. Nueva York: Tavistock, 1986.

184. Navarro V. «Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States». *Lancet* 1990;2:1238-1240.
185. Navarro V. «Why some Countries have National Health Insurance, Others have National Health Services, and the United States has Neither.» En: *The politics of Health Policy*. Oxford: Blackwell, 1994.
186. Navarro V, Elola J. «Las reformas sanitarias españolas, 1970-1994». *Sistema*. vol. 126, 1995.
187. Navarro V, Borrell C. «Seminario sobre desigualdades sociales en salud en España». Febrero 1996. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública, 1996.
188. Nebot M, Canela J, Vallés A. «Evolución de la fecundidad adolescente y su asociación con la evolución de la renta en las provincias españolas en el periodo 1975-1985. *Rev San Hig Publica* 1992; 66:157-167.
189. Nolasco A, et al. Análisis geográfico de la mortalidad en la Comunidad Valenciana (1981-1984). Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1992.
190. Nolasco A, et al. Esperanza de vida en los distritos de la ciudad de Valencia. Granada: I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Perspectivas Epidemiológicas y realidades sociales, 1992.
191. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. «Explaining socioeconomic differences in sickness absence: The Whitehall II study». *Br Med J* 1993, 306:361-366.
192. OCDE. Informe sobre las desigualdades. OCDE, 1995.
193. OMS (Organización Mundial de la Salud). Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2.000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979.
194. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Rapport sur la Santé dans le Monde. Réduire les écarts. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1995.
195. Orr JB. Food, health and income. Londres, 1936.
196. Ortún V. «La equidad en la actual política sanitaria española: de la evidencia a la acción». En: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*. pp. 235-241. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
197. Pamuk ER. «Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales». *Pop Studies* 1985; 39:17-31.
198. Papeles de Economía Española. Crecimiento y desarrollo regional en España. Fundación FIES de Cajas de Ahorros. Papeles de Economía Española 1994; núm 39 y 59.
199. Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. «The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986». *New Engl J Med* 1993, 329:103-109.
200. Parra P, Marset P, Ramos E, de San Eustaquio F. «Cincuenta años de la Revista de Sanidad e Higiene Pública (1926-1975). Análisis bibliométrico de su producción científica». *Rev San Hig Pub* 1983; 57(9-10):969-1038.
201. Pekkanen J, et al. «Coronary risk factor levels: differences between educational groups in 1972-1987 in eastern Finland». *J Epidemiol Comm Health* 1995, 49(2):144-149.
202. Pérez-Domínguez FJ, Gallardo V, García M, et al. «Análisis de la mortalidad en el Sector 7 de la Comunidad de Madrid durante 1987». *Aten Prim* 1993, 12:38-46.
203. Peruga A, Celentano DD, Navarro V. «Social, demographic and attitudinal correlated of AIDS». *Eur J Public Health* 1993, 3:8-13.
204. Phillimore P, Beattie A, Townsend P. «Widening inequality of health in northern England, 1981-91». *BMJ* 1994;308(6937): 1125-8
205. Piantadosi S, Byar DP, Green SB. «The ecological fallacy». *Am J Epidemiol* 1988. 127(5):893-904.
206. Pierce JP. «International comparison of trends in cigarette smoking prevalence». *Am J Public Health* 1989; 79:152-157.

207. PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano). Informe sobre Desarrollo Humano. México: Harla, 1995.
208. Poikolainen K, Eskola J. «Regional and social class variation in the relative risk of death from amenable causes in the city of Helsinki, 1980-1986». *Int J Epidemiol* 1995, 24(1):114-118.
209. Powell KE, et al. «Physical activity and the incidence of coronary heart disease». *Annu Rev Public Health* 1987; 8: 253-87.
210. Rahkonen O, Lahelma E, Karisto A, Manderbacka K. «Persisting health inequalities: social class differentials in illness in the Scandinavian countries». *J Public Health Policy* 1993. 14(1): 66-81
211. Ramazzini B. Tratado de las enfermedades de los artesanos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.
212. Ramis O. «Intervenció dels Serveis Comunitaris per a reduir la Mortalitat i la Morbilitat Infantils a la Ciutat Vella de Barcelona». Ajuntament de Barcelona, 1985.
213. Regidor E, González J. «Desigualdad social y mortalidad en España». *Rev San Hig Pub* 1989; 63:107-116.
214. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
215. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Increased Socioeconomic Differences in Mortality in Eight Spanish Provinces. *Soc Sci Med* 1995;41(6):801-807.
216. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C, Mateo S, Alonso I. «Las desigualdades sociales y la salud en España». En: SESPAS. Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores S.A, 1995.
217. Research Unit in Health and Behavioural Change. University of Edimburgh. Changing the Public Health. Chichester: John Wiley and Sons, 1989.
218. Rodríguez E. The Impact of Unemployment on Health: Personal and Sociological Consequences of Unemployment in Barcelona. University of California at Berkeley. [Tesis Doctoral]. 1991
219. Rodríguez E. «Health consequences of unemployment in Barcelona». *Eur J Public Health* 1994; 4:245-251.
220. Rodríguez JA, Lemkow L. «Health and Social inequities in Spain». *Soc Sci Med* 1990;31(3):351-358.
221. Rodríguez C, Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. «Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors». *J Epidemiol Comm Health* 1995, 49:38-42.
222. Rohlfs I. El papel de los factores sociodemográficos en la realización de prácticas preventivas en ginecología. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1994.
223. Rose G, Marmot MG. «Social class and coronary heart disease». *Br Heart J* 1981. 45:13-19.
224. Rosen G. «Disease and social criticism. A contribution to the theory of medical history». *Bull History Med* 1941. 8(10),5-15.
225. Rosen G (1947/1984). «Análisis histórico del concepto de medicina social». En: Lesky E (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
226. Rosen G (1958/1993). *A History of Public Health*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
227. Rosen G (1974/1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
228. Rosenberg CE, Golden J. «Introduction. Framing Disease: Illness, Society and History». En: Rosenberg CE and Golden J (eds). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1992.
229. Rousseau JJ (1754/1987). *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*. Madrid: Alba.
230. Royal College of Physicians. «Smoking and health. A report on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases». Londres: Pitman Medical Publishing Co, 1992.
231. Rué M, Borrell C. «Los métodos de estandarización de tasas». *Rev Salud Pública* 1993; 3:263-295.

232. Ruiz I, Montero I, Hernández-Aguado I. «Factores asociados a la utilización de servicios de ginecología por la mujer climatérica: un estudio de casos y controles». *Med Clin (Barc)* 1993 102(20):9-12.
233. Salazar A. Análisis bibliométrico de los trabajos publicados en España sobre salud pública y medicina social (1978-1982). [Tesis de licenciatura] Universidad de Valencia, 1986.
234. Salazar A et al. «Análisis bibliométrico de la producción científica en estudios epidemiológicos con variables sociales». *Epidemiología, comunidad y desigualdad. X Reunión. Madrid 12-13 Diciembre de 1991 (comunicación para póster)*.
235. Salleras L, et al. «Prevalence of Hepatitis B markers in the population of Catalonia (Spain). Rationale for universal vaccination of adolescents». *Eur J Epidemiol* 1992; 8(5):640-644.
236. Schwartz S. «The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences». *Am J Public Health* 1994; 84:819-824.
237. Scott-Samuel A. «Social inequalities in health: Back on the agenda». *Lancet* 1986; 1084-85.
238. Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG editores, Sociedad Española de Epidemiología.
239. Sen A (1987/1988): ¿Igualdad de qué? En: Libertad, igualdad y derecho. McMurrin SM (ed). Barcelona: Ariel.
240. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores S.A, 1993.
241. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores S.A, 1995.
242. Sigerist H. «The Historical Approach to Medicine. Disease in Time and Space». En: *A History of Medicine. Vol I*. Nueva York: Oxford University Press, 1951.
243. Silvestre A, Colomer C, Nolasco A, et al. «Nivel de renta y estilos de vida: ¿Hacia una ley de prevención inversa?». *Gac Sanit* 1990, 20(4):189-192.
244. Solas O. Equidad geográfica: desigualdades sociales en salud en las provincias españolas (Trabajo Tercer Ciclo). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1988.
245. Stern J. «Social mobility and the interpretation of social class mortality differentials». *J Soc Pol* 1983, 12:27-49.
246. Stronks K, Gunning-Scchepers LJ. Should equity in health be target number 1? *European Journal of Public Health* 1993. 3:104-111.
247. Susser M, Watson W, Hopper K. *Sociology in Medicine*. 3ª ed. New York and Oxford: Oxford University Press, 1985.
248. Susser M. «The logic in ecological I. The logic of analysis.» *Am J Public Health* 1994; 84:825-829.
249. Syme SL. «Social Determinants of Disease». En: Last JM, Wallace RB (eds). *Public Health and Preventive Medicine*. 13 ed. Connecticut: Prentice Hall International Inc, 1992.
250. Taubes G. «Measure for measure in science». *Science* 1993; 260(5110):884-886.
251. Terol E. Desigualdades de salud. Análisis de la asociación entre clase socio-económica e indicadores de mortalidad en el municipio de Madrid. Trabajo de Tercer Ciclo. Madrid: Facultad de Medicina Preventiva y Salud Pública, 1991.
252. Terrada ML (ed). *Bibliometría de la producción y el consumo de la literatura médica en España (1983-1989)*. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, 1991.
253. *The Health of the Nation. Variations in Health. What can the Department of health and the NHS do?* United Kingdom: Department of Health, 1995.
254. Thunhurst C. «The analysis of small area statistics and planning for health». *The Statistician* 1985; 34:93-106.

255. Thunhurst C. *Poverty and Health in the City of Sheffield*. Environmental Health Department. Sheffield: Sheffield City Council, 1985.
256. Titmuss RM. *Poverty and population*. Londres: Macmillan, 1938.
257. Townsend P. *Poverty in the United Kingdom*. Londres: Penguin Books, 1979.
258. Townsend P, Davidson N (eds) (1982/1988). En: *Inequalities in health*. pp. 1-213. Londres: Penguin.
259. Townsend P, Simpson D, Tibbs N. «Inequalities in health in the city of Bristol: A Preliminary Review of Statistical Evidence». *Int J Health Serv* 1985; 15(4): 637-663.
260. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. *Health & Deprivation: inequality & the North*, Londres: Routledge, 1988.
261. Townsend P. «Widening inequalities of health in Britain: A rejoinder to Rudolph Klein». *Int J Health Serv* 1990; 20(3):363-372.
262. Townsend P. «Evading the issue of widening inequalities of health in Britain: A reply to Rudolph Klein». *Int J Health Serv* 1991; 21(1):183-189.
263. Turshen M. *The politics of Public Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989.
264. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). *El progreso de las naciones*. Barcelona: UNICEF, 1993.
265. U.S. Preventive Task Force. *Guía de actividades preventivas en la práctica médica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1992.
266. Valero C, Nebot M, Villalbí JR. «Embarazo en adolescentes en Barcelona: distribución, antecedentes y consecuencias». *Gac Sanit* 1994; 8:155-161.
267. Valkonen T. «Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. En: Fox AJ (ed). *Inequalities in Health within Europe*. Aldershot: Gower Press, 1988.
268. Valkonen T, Martelen, Rimpelä A. *Socio-economic mortality differences in Finland, 1971-1985*. Helsinki: Central Statistical Office of Finland, 1991.
269. Valkonen T et al. *Socio-economic mortality differences in Finland 1981-1990*. Helsinki: Statistics Finland Population, 1993.
270. Van der Lucht F, Groothoff J. «Social inequalities and health among children aged 10-11 in The Netherlands: causes and consequences». *Soc Sci Med* 1995. 40(9): 1305-11.
271. Vázquez-Vizoso F, Castilla J, Pollán M, López-Abente G. «Assessment of trends in geographical inequalities in infant mortality». *Soc Sci Med* 1993; 37(3):413-417.
272. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiología de la desigualdad*. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
273. Villermé LR. *Rapport fait par M. Villermé, et lu à l'Académie de médecine, au nom de la Commission de statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans les douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq années 1817, 1818, 1819, 1820, et 1821*, *Arch Gen Med* 1826; 10, 216-245.
274. Villermé LR. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*, vol 2, París: Jules Renouard et Cie, 1840.
275. Virchow R. *Collectes Essays on Public Health and Epidemiology* (2 vol.). Canton Mass.: Science History, 1985.
276. Vogel J et al., (eds). *Inequality in Sweden: Report n° 58*. Stockholm: Statistics Sweden, 1988.
277. VV.AA. *Enquesta Metropolitana de Barcelona. Volum XVII. Les condicions de vida de la població vella*. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans, 1988.
278. VV.AA. *Soc Sci Med* 1990; 31(3).
279. VV.AA. *Soc Sci Med* 1991; 32(4)
280. VV.AA. *Informe de evaluación del Plan Integral de Lucha contra la Pobreza en Euskadi*. Vitoria: Ediciones del Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1992.
281. VV.AA. *Soc Sci Med* 1993; 36(10).
282. VV.AA. *La pobreza en España hoy*. Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología aplicada 1994. núm 96. Madrid: Fundación Argentaria.

283. Wagstaff A, et al. «On the measurement of inequalities in Health». *Soc Sci Med* 1991; 33(5):545-557.
284. Wagstaff A, Van Doorslaer E. «Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators». *Health Economics* 1994, 3: 281-291.
285. Waitzkin H. «The social origins of illness: a neglected history». *Int J Health Serv* 1981; 11(1): 77-103.
286. Walford N. *Geographical Analysis*. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
287. Walzer J, Numbers RL (eds). *Sickness and health in America*. The University of Wisconsin Press, 1985.
288. Weinberger M, Darnell JC, Tierney WM, et al. «Self-related as a predictor status for individuals in general populations». *Am J Public Health* 1986; 76:457-459.
289. Whitehead M (1988/1992). *The Health Divide*. En: *Inequalities in health*, pp. 215-356. Londres: Penguin.
290. Whitehead M, Dahlgren G. «What can be done about Inequalities in Health?». *Lancet* 1991, 338:1059-1063.
291. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992. 22(3):429-445.
292. Whitehead M, Dahlgren G. «Why not now? Action on inequalities in health». *Eur J Public Health* 1994, 4:1-2.
293. Wilkinson RG. «Occupational class, selection and inequalities in health: A reply to Raymond Illsley». *Q J Soc Aff* 1986; 2(4):415-422.
294. Wilkinson RG (ed). *Class and health: research and longitudinal data*. Tavistock, 1986.
295. Wilkinson RG. «A rejoinder». *Q J Soc Aff* 1987; 3(3):225-228.
296. World Health Organization. *Economic change, social welfare and health in Europe*. Copenhagen: World Health Organization, 1994.
297. Zaldívar CA, Castells M. *España fin de siglo*. Madrid: Alianza editorial, 1992.

## LISTA DE REVISORES DEL AÑO 1996

La *Revista Española de Salud Pública* cuenta en su proceso editorial con la colaboración de expertos en los distintos temas, quienes, de forma anónima e independiente, actúan como evaluadores externos de los trabajos que se reciben para su publicación. Su contribución desinteresada ha sido fundamental para mantener la calidad científica alcanzada por la *Revista Española de Salud Pública*.

Por ello, agradecemos especialmente su colaboración en la revisión de los trabajos efectuada a lo largo de 1996.

ALONSO, JORDI  
ÁLVAREZ NOGAL, AGUSTÍN  
ÁLVAREZ REQUEJO, ANA  
AMORÍN CALZADA, MARÍA JOSÉ  
ANDA, PEDRO  
ANTÓ BAQUÉ JOSEP M.  
ARDANAZ AICUA, EVA  
ARRIOLA BOLADO, PALOMA  
BANEGAS BANEGAS, JOSÉ RAMÓN  
BOIX MARTÍNEZ, RAQUEL  
BOLUMAR MONTRULL, FRANCISCO  
BONAL PITZ, PABLO  
BORRÁS, JOSEF MARÍA  
BORREL, CARMEN  
BRAÑAS, PEDRO  
CARRASCO, MIGUEL  
CATALÁN LAVENTE, JOSÉ  
CIRERA SUÁREZ, LLUÍS  
COLLADO ÁLVAREZ, CARMEN  
CONEJO DÍAZ, JOSÉ ANTONIO  
DAPONTE CODINA, ANTONIO  
DÍAZ JIMÉNEZ, JULIO  
ESPIGA LÓPEZ, ISABEL  
FERNÁNDEZ PATIER, ROSALÍA  
DE LA FUENTE DE HOZ, LUIS  
GARCÍA, JOSÉ FRUTOS  
GARCÍA, MARÍA DOLORES  
GARCÍA BENAVIDES, FERNANDO  
GARCÍA GÓMEZ, MONTSERRAT  
GARCÍA OLMOS, LUIS  
GARCÍA TEJEDOR, MICAELA  
GAVIRÍA BENITO, JACINTA  
GONZÁLEZ ALONSO, JULIA  
GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ  
GUEMBE SUESCUM, M.ª JESÚS  
GUTIÉRREZ FISAC, JUAN LUIS

GUTIÉRREZ GARCÍA, JOAQUÍN  
HERVADA VIDAL, XURXO  
HURTADO MUÑOZ, MARÍA ANTONIA  
IÑESTA GARCÍA, ANTONIO  
LÓPEZ-ABENTE ORTEGA, GONZALO  
LÓPEZ NOMDEDEU, CONSUELO  
MARTÍN MORENO, JOSÉ MARÍA  
MARTÍNEZ ARGUISUELAS, NIEVES  
MATEU SACHÍS, SAGRARIO  
NAJERA MORRONDO, RAFAEL  
NAVARRO, CARMEN  
NÚÑEZ GALLO, DOMINGO  
ORTÚN RUBIO, VICENTE  
\* OTERO PUYME, ÁNGEL  
PONCE BLANDON, JOSÉ ANTONIO  
PRIETO ALONSO, JOSÉ LUIS  
QUINTANA ROMAJANO, JUAN  
RAMÍREZ, ROSA  
REBULL FATSINI, JOSEP  
REGIDOR POYATOS, ENRIQUE  
REPULLO, JOSÉ RAMÓN  
RIVAS ANTÓN, ALFREDO  
RODRÍGUEZ ARTALEJO, FERNANDO  
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, JESÚS  
RUBIO COLAVIDA, JESÚS MIGUEL  
RUIZ, ULISES  
RUIZ ROS, VICENTE  
SATURNO HERNÁNDEZ, PEDRO  
SEGURA BENEDICTO, ANDREU  
TELLO ANCHUELA, ODORINA  
TORMO DÍAZ, M.ª JOSÉ  
VARGAS MARCOS, FRANCISCO  
VILLALVÍ HERÉTER, JOAN RAMÓN  
ZIMMERMANN VERDEJO, MARTA  
ZUNZUNEGUI PASTOR, VICTORIA